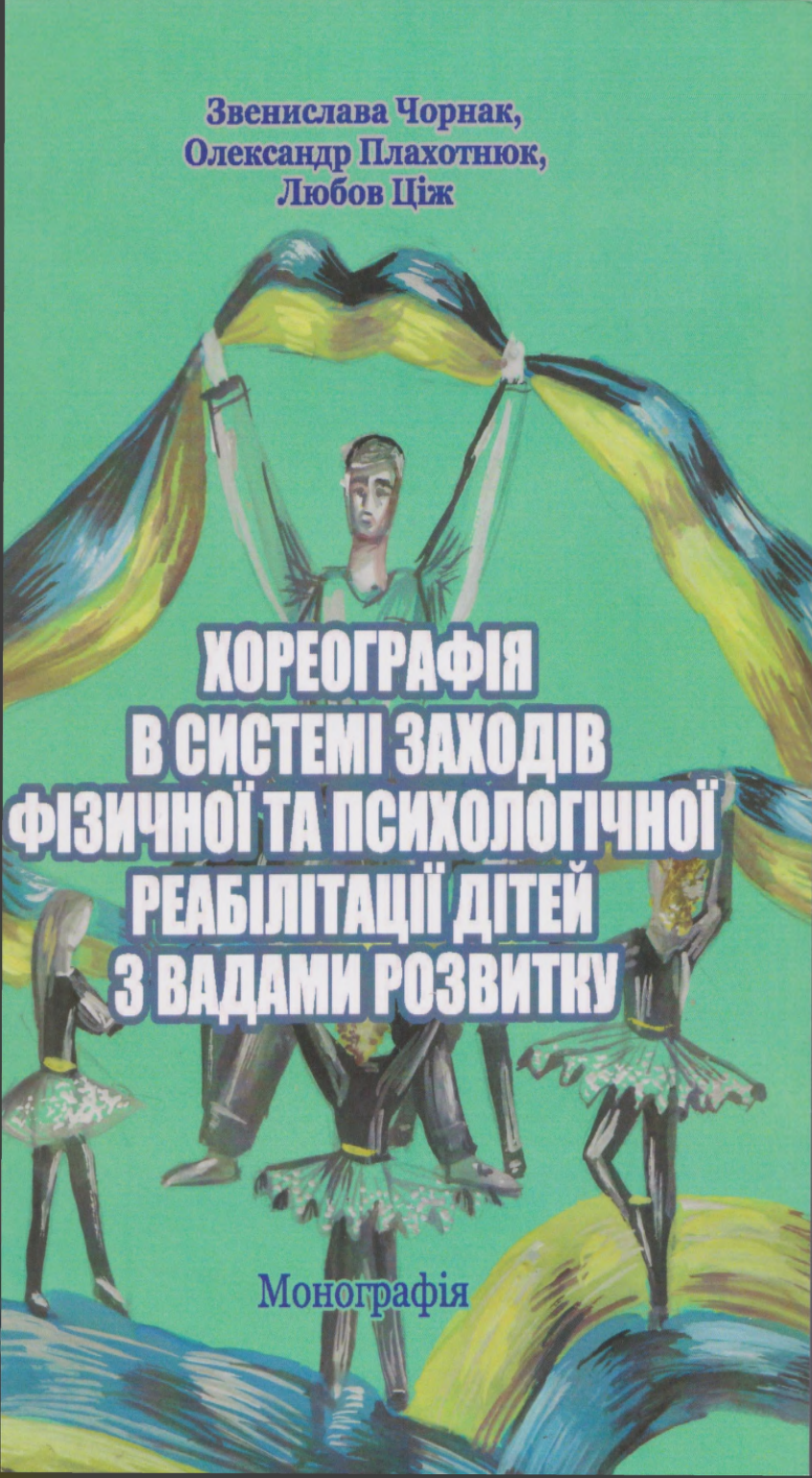


Звенислава Чорнак,
Олександр Плахотнюк,
Любов Ціж



**ХОРЕОГРАФІЯ
В СИСТЕМІ ЗАХОДІВ
ФІЗИЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ
З ВАДАМИ РОЗВИТКУ**

Монографія

Львівський національний університет імені Івана Франка
Факультет культури та мистецтв

**Звенислава Чорнак,
Олександр Плахотнюк,
Любов Ціж**

**ХОРЕОГРАФІЯ В СИСТЕМІ ЗАХОДІВ
ФІЗИЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ**

Монографія

Львів
Растр-7
2022

УДК: 376+615,8+793.3
Ч 42

Рекомендовано до друку

*Вченою радою Львівського національного університету імені Івана Франка
(протокол № 36/10 від 04 жовтня 2022 року)*

Рецензенти:

Андроциук Людмила Михайлівна – кандидатка педагогічних наук, доцентка, завідувачка кафедри хореографії Київського університету імені Бориса Грінченка.

Благова Тетяна Олександрівна – докторка педагогічних наук, доцентка, завідувачка кафедри хореографії Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка.

Дем'янюк Андрій Львович – кандидат мистецтвознавства, доцент кафедри режисури та хореографії Львівського національного університету імені Івана Франка.

Стасюк Ольга Михайлівна – кандидатка фізичного виховання та спорту, доцентка кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету імені Івана Боберського.

*Науковий редактор О. Плахотнюк
Літературний редактор У. Крук
Дизайн обкладинки Д. Топорков*

Чорняк, Звенислава Анатоліївна

Ч 42 Хореографія в системі заходів фізичної та психологічної реабілітації дітей з вадами розвитку : монографія / Чорняк З. А., Плахотнюк О. А., Ціж Л. М. – Львів : Растр-7, 2022. – 219 с.

ISBN 978-617-8134-50-1

Розглянуто проблематику впровадження інноваційних технологій фізичної та психічної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра (корекційні підходи директивного впливу, методи структурованої терапії, ігрові методи реабілітації, арт-терапевтична реабілітація, анімалотерапія) в хореографії. Наведено результати експериментальних заходів перевірки ефективності програми фізичної та психічної терапії та обґрунтовано рекомендації щодо впровадження розробленої програми для фізичної та психічної корекції аутистичних розладів у дітей. Означено процедуру організації та проведення занять з хореографії та ритміки, визначено особливості корекції поведінки, рухових та психічних порушень заняттями хореографією для дітей з особливими потребами, наведено порівняльну характеристику впливу занять хореографічним мистецтвом на здорових дітей та дітей з вадами фізичного і розумового розвитку.

Для науковців у галузі хореографічного мистецтва, арт-терапії, педагогіки, спорту, викладачів і студентів закладів вищої освіти, тренерів, артистів, хореографів.

© Чорняк З., Плахотнюк О., Ціж Л., 2022

© ЛНУ ім. Івана Франка, 2022

© Видавництво «Растр-7», 2022

ISBN 978-617-8134-50-1



Зміст

Передмова	5
Перелік умовних скорочень	7
Вступ	9

РОЗДІЛ I

Засади вивчення проблеми розладів у дітей аутичного спектру

1.1. Інклюзивна мистецька освіта: проблема та перспективи.....	15
1.2. Поняття аутизму в медичній та психологічній літературі	23
1.3. Медичні проблеми дітей з розладами аутистичного спектра ..	29
1.4. Переваги фізичної активності у дітей з розладами аутистичного спектру та порушенням моторного розвитку	36
1.5. Інноваційні методи фізичної терапії дітей з розладами аутичного спектра	43

РОЗДІЛ II

Методи організація та впровадження результатів дослідження

2.1. Методи дослідження окремих показників стану моторики, оцінювання ступеня порушення життєдіяльності	73
2.2. Організація дослідження окремих показників стану моторики, оцінювання ступеня порушення життєдіяльності	79
2.3. Зміст програми фізичної терапії дітей з розладами аутистичного спектра	80
2.4. Результати дослідження: аналіз та узагальнення	95

2.5. Впровадження результатів розробленої програми фізичної терапії з інноваційними методами	106
--	-----

РОЗДІЛ III

Вплив хореографії на психо-фізичні якості дитини

3.1. Хореографічне мистецтво в системі реабілітації для дітей з розладами психіологічного розвитку	117
3.2. Відхилення аутичного спектру та заняття хореографією. Вплив імпровізації на соціалізацію дітей з аутичними розладами	132
3.3. Організація та проведення занять хореографії та ритміки для дітей із церебральним паралічем	137
3.4. Корекція поведінки, рухових та психічних порушень заняттями хореографією при синдромі Дауна	146
3.5. Корекція гіперактивності та дефіциту уваги шляхом запровадження занять ритмікою та хореографією в систему реабілітаційних заходів	151
3.6. Вплив занять хореографією на психічний, фізичний та ментальний розвиток здорових дітей	156
3.7. Загальна порівняльна характеристика реабілітаційного впливу занять хореографією на дітей з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку та здорових дітей	164
3.8. Хореографічні заняття у групах дітей з фізичними вадами (на прикладі тренажу джаз-танцю)	179
Висновки	187
Словник термінів	192
Список використаних джерел	202
Інформація про авторів	216

* * *

Передмова

Колективна монографія «Хореографія в системі заходів фізичної та психологічної реабілітації дітей з вадами розвитку» є результатом тісної співпраці здобувачки вищої освіти другого (магістерського) освітнього рівня вищої освіти Звенислави Анатоліївни Чорнак та керівників двох львівських закладів вищої освіти. Дослідження проведено за суміжними (магістерськими) освітньо-професійними програмами: спеціальності 024 «Хореографія» Львівського національного університету імені Івана Франка факультету культури і мистецтв кафедри режисури та хореографії під керівництвом доцента, кандидата мистецтвознавства Олександра Анатолійовича Плахотнюка та спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського факультету післядипломної та заочної освіти кафедри фізичної терапії та ерготерапії під науковим керівництвом доцентки, кандидатки наук із фізичного виховання та спорту Любові Михайлівни Ціж.

Цей дослідницький проєкт, переможець конкурсу студентських наукових робіт 2021 року у галузі знань 02 «Культура і мистецтво» спеціальність 024 «Хореографія» кафедри режисури та хореографії факультету культури і мистецтв Львівського національного університету імені Івана Франка. Даний конкурс проводиться з 2019 року в межах діяльності Студентського наукового гуртка кафедри режисури та хореографії за ініціативи його наукового куратора доцента О. Плахотнюка.

Дві експериментальні розвідки було опрацьовано командою авторів З. Чорнак, О. Плахотнюком, Л. Ціж у колективній монографії «Хореографія в системі заходів фізичної та психічної реабілітації дітей з розладами розвитку».

Це видання присвячено 10-річчю першого випуску зі спеціальності «Хореографія» у Львівському національному університеті імені Івана Франка – балкалаврів спеціальності 024 «Хореографія» галузі знань 02 «Культура і мистецтво» (2012 року) та провадження освітньої діяльності за освітніми програмами бакалавр, магістр, освітньо-науковою програмою доктор філософії спеціальності 024 «Хореографія», за ініціативи провідного соліста Львівського національного академічного театру опери та балету імені Соломії Крушельницької народного артиста України, доцента, кандидата мистецтвознавства,

тактильного впливу через обійми);
PRT – Pivotal Response Training (навчальна система основних реакцій);
SCERTS – Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support (соціальна комунікація, емоційна регуляція та транзакційна підтримка);
SISS – Specialist Inclusion Support Service (спеціалізована група підтримки інклюзії);
TEACCH – Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (лікування та освіта дітей з аутизмом та пов'язаними з ним комунікаційними проблемами);
в. п. – вихідне положення;
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;
ДПН – діабетична поліневропатія;

ДЦП – дитячий церебральний параліч;
ЕГ – експериментальна група;
ЕЕГ – електроенцефалограма;
ЗЗСО – загальний заклад середньої освіти;
ЗПР – затримка психічного розвитку;
КГ – контрольна група;
ЛФК – лікувальна фізкультура;
МКХ – міжнародна статистична класифікація хвороб;
МКФ – міжнародна класифікація функціонування;
ППР – психічно-інтелектуальні розлади;
РАС – розлади аутистичного спектру;
РГГ – ранкова гігієнічна гімнастика;
СДУГ – синдром дефіциту уваги і гіперактивності;
УЗД – ультразвукове дослідження;
ФА – фізична активність.

* * *

Вступ

У сьогоднішній день, хоч і є конкретні дослідження розвитку дітей з обмеженими можливостями, варто зазначити, що поширення цих патологій у дітей однозначно свідчить про зростання актуальності вивчення питань роботи з особливими дітьми, а отже, шляхів допомоги таким дітям, їхнім батькам та потребу в удосконаленні, урізноманітненні в системі надання ефективної психологічної, реабілітаційної та адаптивної допомоги дітям з такими захворюваннями.

Здоров'я дітей та підлітків є найбільшою цінністю сучасного суспільства, запорукою соціального та економічного добробуту нашої країни. Сучасність як ніколи прихильна та зацікавлена у вирішенні проблем, розвитку теорій, практик та поглибленого вивчення особливостей фізичного, психічного та когнітивного розвитку аномальних дітей. Справа в особливості їхнього розвитку, адаптації до сучасного суспільства, формування психічних та пізнавальних функцій, розвитку пізнавально-емоційної сфери.

Згідно з Конституцією України, нормативно-правовими документами та законами України «Про освіту», «Про охорону дитинства», «Про охорону здоров'я», та «Національною стратегією розвитку освіти України», де закріплені основні правові положення щодо забезпечення належної освіти та охорони здоров'я нації, одним із головних пріоритетів державної політики є створення оптимальних, найкращих умов для зміцнення, формування та збереження здоров'я дітей, що забезпечить розвиток духовно багатой та фізично здорової особистості людини-громадянина.

Можемо визначити чотири основні аспекти здоров'я: фізичне, психічне, соціальне, духовне. Прослідкуємо, що всі поставлені вище можливості організму можна розвинути правильним дозованим фізичним навантаженням. А якщо фізичне навантаження поєднати з музичним супроводом, систематизувати та «дати йому душу»? Саме цей симбіоз й уособлюватиме в собі хореографія.

Робота опорно-рухового апарату та м'язів істотно впливає на розвиток молодого організму та збільшує життєву енергію. Фізичне навантаження та хореографічні вправи можуть покращити настрій, сон та працездатність. Рухова активність безпосередньо пов'язана з активацією нервових зв'язків, а отже з нервовою активністю. Під впливом регулярних занять хореографією вона може позитивно вплинути на покращення активності та балансу нервових процесів. Розвиток фізичних особливостей і рухових навичок впливає на зростання інтелектуальних можливостей.

Традиційно вважалося, що лише спеціальні хореографічні вправи можуть покращити кістково-м'язову систему, поставу та пропріоцепцію, але це твердження обмежує цінність танцювальної діяльності лише здоров'ям. Варто зазначити, що кожна дія чи комбінація з таких, яка виконується свідомо, як у класичній хореографії та інших видах хореографії, має лікувальний ефект. Дитина, котра займається хореографією, пізнає себе, відкриваючи і розвиваючи свої фізичні та ментальні здібності. Зміни життєвих чинників та швидкість адаптації до таких чинників мають прямий вплив на психологічне здоров'я.

Психологічне здоров'я уособлює високий рівень психічних процесів, що характеризується їх здатністю контролювати свої емоції через наявність певних вроджених та набутих психічних рис. Психічно здорова дитина сміливо крокує життям, вірить у себе, демонструє свою незалежність та повагу до інших людей. Як вид мистецтва, хореографія має великий потенціал для поліпшення психічного та духовного здоров'я людини, а отже, безсумнівно, бере участь у формуванні як особистісної, так і соціальної культури та здоров'я. Внаслідок хореографічної діяльності чітко виявляються індивідуальні особливості, особливості мислення, характер, психоемоційний тип психічних процесів та особливості людини, які позитивно впливають на розвиток психічного здоров'я. Тренінги, репетиції та концерти розвивають такі якості, як упевненість у собі, наполегливість, рішучість, цілеспрямованість, самостійність, ініціативність, витримка, автоматична робота зі страхами, стійкість до стресових ситуацій, що позитивно впливає на формування особистого потенціалу дитини.

Системна хореографія не тільки фізично і творчо розвиває будь-яку здорову людину, дає їй шляхи для вирішення емоційних

проблем, піднімає рівень «рухового інтелекту», а також здатна зіграти, хоч і не визначну, але вагому в якості допоміжної роль у реабілітації рухових процесів у людини з інвалідністю.

Позитивні ефекти хореографічних занять у системі реабілітації:

- Формування системи безперервної реабілітації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.
- Створення умов для повноцінного життя людей з інвалідністю та їх інтеграції в суспільство.
- Підвищення рівня прийняття, більш доброзичливе ставлення суспільства до людей з інвалідністю.

Розлади аутичного спектра (РАС) є однією з актуальних проблем сучасної психіатрії та неврології через високу частоту поширення, клінічну й генетичну гетерогенність. РАС – це розлад нейропсихічного розвитку, який зазвичай спостерігається у дітей, що характеризується специфічним поведінковим фенотипом, зниженою соціалізацією і стереотипними реакціями [32, с. 4].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), оцінки поширеності РАС відомі по Європейському регіону і регіону країн Америки, які не відрізняються між собою в статистичному відношенні: для Європи медіанний показник становить 61,9:10 000 (діапазон 30,0–116,1/10 000), а для країн Америки – 65,5:10 000 (діапазон 34,0–90,0/10 000). Співвідношення народження РАС у хлопчиків і у дівчаток перебуває в межах від 2,6:1 до 4:1 [117]. У міру бурхливого розвитку медичної генетики в останні роки показано, що РАС можуть бути асоційовані з широким колом хромосомних, моногенних, мультифакторних захворювань [117].

Дитячі розлади аутичного спектра – одна з важливих проблем сучасної світової медицини, яка вимагає негайного вирішення зі застосуванням організаційних форм навчання, високотехнологічних методів лікування й інноваційних методів реабілітації. Дуже важливо допомогти дітям навчитися пристосуватися до нових умов життя в суспільстві та сім'ї. Для підвищення якості життя дітей з розладами аутистичного спектра мають бути максимально використані всі види реабілітації: медична, фізична, соціально-економічна, психологічна, професійна.

Щорічно кількість дітей з розладами аутистичного спектра зростає. У зв'язку з цим виникає необхідність комплексної

реабілітації дітей, яка охоплює діагностику, навчання, медичну допомогу та фізичний розвиток особистості. Впродовж усього життя кожній людині необхідно рухатися і розвиватися, діти-аутисти не є винятком. Передусім необхідно адаптувати їх до відчуттів, сприйняття світу і до всього, що в ньому відбувається. Складність завдання можливої нормалізації рухової діяльності дитини вимагає тривалого, планомірного і систематичного впливу. При цьому вирішальну роль в успіху відіграє активне ставлення дитини до тривалих занять і її воля у подоланні численних труднощів. З боку психолога та реабілітолога цілісний індивідуальний підхід з урахуванням усіх особливостей захворювання дитини, розвитку і виховання забезпечить правильний вибір засобів і послідовність у вирішенні поставлених завдань.

В останні роки питання фізичної та психологічної діагностики та реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра мають особливе значення через їх високу динаміку поширення серед дітей. Це обумовлює необхідність своєчасного виявлення захворювання у таких дітей і їх особливостей з метою проведення фізичної та психологічної реабілітаційної роботи. Накопичені знання в галузі вітчизняної та зарубіжної психології, медицини та реабілітації вже сьогодні дають змогу у низці випадків досить ефективно виявляти РАС у дітей з перших років життя. Водночас недостатні розроблення і поширення знань з психологічної та фізичної реабілітації у дітей часто призводить до невинуватених втрат.

Сьогодні назріла необхідність втілення міждисциплінарного підходу до розладів аутистичного спектра як до системи порушень когнітивного, емоційно-вольового та поведінкового розвитку. Забезпечення повноцінної реалізації нових форм соціалізації аутистів можливе тільки у разі своєчасної сегрегації і наданні ранньої фізичної і психологічної реабілітаційної допомоги, підготовці кваліфікованих фахівців, забезпеченні повноцінного психолого-педагогічного та медичного супроводу.

У цій праці розглянуто питання аналізу та апробації інноваційних методик реабілітаційної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра, фізична та психологічна реабілітація дітей з вадами фізичного та психічного спектру засобами хореографічного мистецтва. Методи та заходи впливу занять хореографією в хореографічному колективі з метою реабілітації та соціалізації дітей

з розладами фізичного та психологічного спектру; методи та заходи фізичної терапії дітей з розладами аутистичного спектра.

Оскільки діти з вадами фізичного та розумового розвитку донедавна були позбавлені медико-соціальної, психологічної та педагогічної допомоги, то проблема їх адаптації і роботи з ними є складною та все ще недостатньо вивченою, хоча її і досліджували протягом кількох століть європейські та українські науковці. Проблему реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра в загальному розглядали такі дослідники, як Ю. Вакуленко, Т. Галах, І. Марценковський, І. Марценковська, М. Плахтій, Я. Куралова та ін. У своїх роботах Х. Аспергер та Л. Кеннер аналізували та вивчали розвиток, причини та поведінкові особливості дітей з аутичними розладами. Е. Шоплер, Д. Осгін досліджували затримку психічного розвитку та специфіку фізичних можливостей дітей з таким діагнозом. З українських науковців та дослідників можемо назвати Д. Шульженко, В. Мартинюк, М. Хімко, які розглядали та вивчали особливості освітніх потреб дітей з фізичними та психічними вадами розвитку, а також роботу з батьками таких дітей, окрім того, О. Плахотнюк, Л. Андрощук та О. Андрощук висвітлювали у своїх наукових працях впровадження арт-терапії та потенціал хореографічного руху як здоров'язберігаючого елементу.

У роботі використано сукупність теоретичних та практичних методів дослідження. Теоретичні: аналізу і синтезу для вивчення наукових концепцій та ідей з проблеми, термінологічний метод для визначення понятійно-термінологічного апарату дослідження, системно-функціональний метод, який дав змогу встановити комплекс інноваційних технологій фізичної та психічної терапії дітей з розладами аутистичного спектра, метод узагальнення для виявлення загальних тенденцій процесу фізичної терапії психологічної реабілітації дітей з РАС та формування логічного висновку дослідження. Практичні: діагностичні методики для в'ясування ефективності програми фізичної терапії дітей з РАС, аналітичний метод застосовано на всіх етапах дослідницької роботи з метою здійснення комплексного дослідження проблеми, метод статистичної обробки даних для кількісного та якісного аналізу даних емпіричного дослідження. Метод порівняння проведення аналізу характеристики реабілітаційного впливу занять

хореографією на дітей з вадами фізичного, психологічного та розумового розвитку та здорових дітей.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розвитку та урізноманітненні за допомогою занять хореографією реабілітаційних заходів для дітей з вадами фізичного і психологічного розвитку та використання, дослідженого у цій роботі, міжнародного досвіду з реабілітації у нових українських реабілітаційних програмах.

РОЗДІЛ I

Засади вивчення проблеми розладів у дітей аутичного спектру

* * *

1.1. Інклюзивна мистецька освіта: проблема та перспективи

Інклюзивне навчання – система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників.

Інклюзивне навчання ґрунтується на таких принципах:

- кожна дитина має право на освіту;
- кожна дитина має унікальні особливості, інтереси, здібності та навчальні потреби;
- освітні програми мають брати до уваги широке різноманіття характеристик і потреб дітей;
- діти з особливими освітніми потребами повинні мати доступ до навчання у звичайних освітніх установах;
- школи, дитячі садки та інші заклади освіти зобов'язані створити умови навчання, що забезпечують потреби дитини;
- звичайні заклади освіти є найбільш ефективним методом навчання з погляду забезпечення потреб дитини, протидії дискримінації та розподілу державних коштів¹.

Серед документів міжнародно-правового спрямування «Загальна декларація прав людини», «Конвенція про права дитини», що окреслюють низку основних засад збереження прав особистості і дітей у тому числі не визнавалися фактично комуністичною владою Радянського Союзу і лише із проголошенням незалежності України були ратифіковані Верховною Радою України.

¹ Просто про інклюзивну освіту. URL : <https://mon.gov.ua/ua/prosto-pro-inklyuzivnu-osvitu>

Загальна декларація прав людини [1], прийнята генеральною асамблеєю ООН 10 грудня 1948 року внаслідок аналізу та осмислення досвіду зі збереження людського життя після Другої світової війни і представляє собою значне досягнення людства ХХ століття, що регламентує та прирівнює права всіх людей світу. Є цікавий факт що на час її прийняття Радянські Республіки, що входили до складу ООН, утрималися від її прийняття і тільки з набуттям незалежності України 1991 року вона була ратифікована Верховною Радою України. Саме декларацією визначається основна засада – гуманізм на підтримку права кожної особи, людства та збереження своєї гідності кожним індивідом.

Загальна декларація прав людини².

Стаття 1: Всі люди народжуються вільними і рівними у своїй гідності та правах. Вони наділені розумом і совістю і повинні діяти у відношенні один до одного в дусі братерства.

Стаття 22: Кожна людина, як член суспільства, має право на соціальне забезпечення і на здійснення необхідних для підтримання її гідності і для вільного розвитку її особи прав у економічній, соціальній і культурній галузях за допомогою національних зусиль і міжнародного співробітництва та відповідно до структури і ресурсів кожної держави.

Стаття 26: пункт 1: Кожна людина має право на освіту. Освіта повинна бути безплатною, хоча б початкова і загальна. Початкова освіта повинна бути обов'язковою. Технічна і професійна освіта повинна бути загальнодоступною, а вища освіта повинна бути однаково доступною для всіх на основі здібностей кожного.

Стаття 27, пункт 1: Кожна людина має право вільно брати участь у культурному житті суспільства, втішатися мистецтвом, брати участь у науковому прогресі і користуватися його благами [1].

Конвенція ООН про права дитини [8] є першим і основним документом міжнародно-правового спрямування, що визнає права дітей. Конвенція ратифікована Верховною Радою України у 1991 році. В контексті нашої теми потрібно зазначити, що конвенцією визначається важливість доступності для всіх дітей рівних прав розвитку особистості, талантів, розумових і фізичних здібностей.

² Загальна декларація прав людини. Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 р. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text

Конвенція про права дитини³.

Стаття 1: Для цілей цієї Конвенції дитиною є кожна людська істота до досягнення 18-річного віку, якщо за законом, застосованим до даної особи, вона не досягає повноліття раніше.

Стаття 23. Пункт 1. Держави-учасниці визнають, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства.

Пункт 2. Держави-учасниці визнають право неповноцінної дитини на особливе піклування, заохочують і забезпечують надання, на умови наявності ресурсів, дитині, яка має на це право, та відповідальним за турботу про неї допомогу, щодо якої подано прохання і яка відповідає стану дитини та становищу її батьків або інших осіб, що забезпечують турботу про дитину.

Пункт 3. На забезпечення особливих потреб неповноцінної дитини допомога згідно з пунктом 2 цієї статті надається при можливості безкоштовно з урахуванням фінансових ресурсів батьків або інших осіб, що забезпечують турботу про дитину, та має на меті забезпечення неповноцінній дитині ефективного доступу до послуг у галузі освіти, професійної підготовки, медичного обслуговування, відновлення здоров'я, підготовки до трудової діяльності та доступу до засобів відпочинку таким чином, який призводить до найбільш повного по можливості втягнення дитини в соціальне життя і досягнення розвитку її особи, включаючи культурний і духовний розвиток дитини.

Пункт 4. Держави-учасниці сприяють у дусі міжнародного співробітництва обміну відповідною інформацією в галузі профілактичної охорони здоров'я, медичного, психологічного і функціонального лікування неповноцінних дітей, включаючи розповсюдження інформації про методи реабілітації, загальноосвітньої і професійної підготовки, а також доступу до цієї інформації, щоб дозволити Державам-учасницям покращити свої можливості і знання, та розширити свій досвід у цій галузі. У зв'язку

³

Конвенція про права дитини. Схваленими резолюцією 50/155 Генеральної Асамблеї ООН від 21 грудня 1995 р.

Класифіковано та реєстровано Постановою ВР № 789-XII від 27.02.91 р. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/50_155

з цим особлива увага має приділятися потребам країн, що розвиваються [8].

Система освітніх послуг щодо питань інклюзивного навчання в Україні гарантована державою і прописана в низці законів України «Про освіту», «Про загальну середню освіту», «Про позашкільну освіту», «Про вищу освіту». Зупинимося на основних питаннях, що регламентують інклюзивну освіту в системі Нової української школи (базової та повної середньої освіти), позашкільної освіти та в системі вищої освіти. Безперечно, що це не всі ключові питання, які регламентовані чинним законодавством України, потрібно окремо ще згадати нормативні акти про охорону здоров'я, мистецьку діяльність, організацію підприємницької діяльності в Україні та ін. Аналіз впровадження та дотримання нормативно-правових документів України – це питання інших наукових, популярно-пізнавальних та просвітницьких заходів у майбутньому.

Закон України «Про освіту»⁴.

Стаття 19. Освіта осіб з особливими освітніми потребами:

Пункт 1. Органи державної влади та органи місцевого самоврядування створюють умови для забезпечення прав і можливостей осіб з особливими освітніми потребами для здобуття ними освіти на всіх рівнях освіти з урахуванням їхніх індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів.

Пункт 2. Держава забезпечує підготовку фахівців для роботи з особами з особливими освітніми потребами на всіх рівнях освіти.

Пункт 3. Для навчання, професійної підготовки або перепідготовки осіб з особливими освітніми потребами застосовуються види та форми здобуття освіти, що враховують їхні потреби та індивідуальні можливості.

Пункт 4. Органи державної влади, органи місцевого самоврядування та заклади освіти створюють особам з особливими освітніми потребами умови для здобуття освіти нарівні з іншими особами шляхом належного фінансового, кадрового, матеріально-технічного забезпечення та забезпечення універсального дизайну та/або розумного пристосування, що враховує індивідуальні потреби та можливості таких осіб, визначені в індивідуальній програмі розвитку.

⁴ Про освіту: Закон України // Відомості Верховної Ради. 2017. № 38–39. Ст. 380). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

Пункт 5. Навчання, виховання та розвиток осіб з особливими освітніми потребами у закладах дошкільної, позашкільної та загальної середньої освіти здійснюються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, інших джерел, не заборонених законодавством, у тому числі з урахуванням потреб дитини, визначених в індивідуальній програмі розвитку.

Пункт 6. Зарахування осіб до спеціальних закладів освіти, переведення з одного типу закладу до іншого та відрахування таких осіб здійснюються у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері освіти і науки.

Пункт 7. Категорії осіб з особливими освітніми потребами визначаються актами Кабінету Міністрів України з урахуванням міжнародних норм і стандартів.

Стаття 20. Інклюзивне навчання:

Пункт 1. Інклюзивне навчання здобувачів освіти базується на принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників.

Організація інклюзивного навчання у закладах освіти на відповідних рівнях освіти здійснюється відповідно до порядків, затверджених Кабінетом Міністрів України.

Пункт 2. У разі звернення особи з особливими освітніми потребами або її батьків заклад освіти утворює інклюзивний клас та/або групу в обов'язковому порядку.

Спеціальний клас та/або група утворюється керівником закладу освіти за погодженням із засновником цього закладу освіти або уповноваженим ним органом.

Заклади освіти створюють умови для навчання осіб з особливими освітніми потребами відповідно до індивідуальної програми розвитку та з урахуванням їхніх індивідуальних потреб і можливостей.

Заклад освіти відповідно до законодавства організовує та/або забезпечує надання особам з особливими освітніми потребами психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг, а також допоміжних засобів для навчання.

Пункт 3. З метою проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дітей, надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг, а також

забезпечення психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами органи місцевого самоврядування утворюють інклюзивно-ресурсні центри.

Пункт 4. Будівлі, споруди і приміщення закладів освіти та інклюзивно-ресурсних центрів повинні відповідати вимогам доступності згідно з державними будівельними нормами і стандартами.

Пункт 5. Проектування, будівництво та реконструкція будівель, споруд, приміщень закладів освіти та інклюзивно-ресурсних центрів здійснюються з урахуванням принципів універсального дизайну та/або розумного пристосування [4].

Закон України «Про загальну середню освіту»⁵.

Стаття 16-1. Інклюзивне навчання:

Пункт 1. Для навчання дітей з особливими освітніми потребами заклади загальної середньої освіти на підставі звернення батьків дитини або осіб, які їх замінюють, утворюють інклюзивні та/або спеціальні групи і класи.

Пункт 2. Інклюзивне навчання – система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників.

Організація інклюзивного навчання у державних і комунальних закладах загальної середньої освіти здійснюється у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері освіти і науки.

Пункт 3. Відповідно до індивідуальних особливостей освітньої діяльності для кожного учня з особливими освітніми потребами складається індивідуальна програма розвитку дитини – документ, що забезпечує індивідуалізацію навчання, визначає перелік необхідних психолого-педагогічних, корекційних потреб/послуг для розвитку дитини та розробляється групою фахівців з обов'язковим залученням батьків дитини з метою визначення конкретних навчальних стратегій і підходів до навчання.

Психолого-педагогічні послуги – комплексна система заходів з організації освітнього процесу та розвитку особи з особливими освітніми потребами, що передбачені індивідуальною програмою

⁵ Про загальну середню освіту: Закон України // Відомості Верховної Ради. 2020. № 31. Ст. 226. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#Text>

розвитку та надаються педагогічними працівниками закладів освіти, фахівцями інклюзивно-ресурсного центру.

Корекційно-розвиткові послуги (допомога) – комплексна система заходів супроводження дитини з особливими освітніми потребами у процесі навчання, що спрямовані на корекцію порушень шляхом розвитку особистості, її пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та мовлення.

Пункт 4. Особистісно орієнтоване спрямування освітнього процесу для дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі забезпечує асистент вчителя.

Освітні та соціальні потреби дітей із складними порушеннями розвитку під час їх перебування в закладі загальної середньої освіти задовольняються асистентом дитини – соціальним працівником, одним із батьків або особою, уповноваженою ними.

Пункт 5. Навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами здійснюються за рахунок коштів освітніх субвенцій, державного та місцевих бюджетів, інших джерел, не заборонених законодавством, з урахуванням потреб дитини, визначених індивідуальною програмою розвитку [3].

Закон України «Про позашкільну освіту»⁶.

Інклюзивне освітнє середовище – сукупність умов, способів і засобів їх реалізації для спільного навчання, виховання, розвитку та соціалізації здобувачів освіти з урахуванням їхніх потреб та можливостей; особа з особливими освітніми потребами – особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на позашкільну освіту.

Стаття 6. Здобуття позашкільної освіти:

Пункт 1. Вихованці, учні і слухачі мають право на здобуття позашкільної освіти відповідно до їх здібностей, обдарувань, уподобань та інтересів.

Пункт 4. Держава створює умови для здобуття освіти особами з особливими освітніми потребами з урахуванням їхніх індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів, а також забезпечує виявлення та усунення факторів, що

⁶ Про позашкільну освіту : Закон України // Відомості Верховної Ради України (ВВР). 2000. № 46. Ст. 393. URL : <http://akon.rada.gov.ua/laws/show/1841-14#Text>

перешкоджають реалізації прав і задоволенню потреб таких осіб у сфері позашкільної освіти [7].

Закон України «Про вищу освіту»⁷.

Стаття 4. Право на вищу освіту. Пункт 1. Кожен має право на вищу освіту.

Для реалізації права на вищу освіту особами з особливими освітніми потребами заклади вищої освіти створюють їм необхідні умови для здобуття якісної вищої освіти.

Право на вищу освіту гарантується незалежно від віку, громадянства, місця проживання, статі, кольору шкіри, соціального і майнового стану, національності, мови, походження, стану здоров'я, ставлення до релігії, наявності судимості, а також від інших обставин. Ніхто не може бути обмежений у праві на здобуття вищої освіти, крім випадків, встановлених Конституцією та законами України [2].

На сьогоднішній день можемо визначити основну проблематику реалізації інклюзивної освіти в мистецькому середовищі у питаннях виховання дітей з особливими потребами поза межами спеціалізованих закладів, а саме у загальнодоступному освітньо-мистецькому просторі. Вбачається важливість інтеграції всіх дітей у простір мистецького середовища, виховання майбутнього покоління української молоді. Інтегровані процеси виховання всіх дітей формують у майбутньому розуміння важливості рівності всіх людей незважаючи на свої фізичні або інші відмінності один від одного.

Проблема та перспективи:

- страх перед невідомим;
- відсутність фахівців-практиків арт-терапії на основі танцю для дітей з особливими потребами;
- освітні програми не враховують питання інклюзії;
- брак розроблених та апробованих хореографічних програм з інклюзії;
- спадщина доби радянського тоталітарного режиму, де дітей з особливими потребами закривали вдома або у спеціалізованих закладах;

⁷ Про вищу освіту Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII. Дата оновлення: 02.10.2021. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>

- освітнє середовище, непристосоване для дітей з особливими потребами, тобто на відповідність архітектурного планування культурно-мистецьких та освітніх споруд;
- не враховано можливості проведення індивідуальної форми навчання, тоді як є групові хореографічні заняття;
- не вистачає фахівців для психолого-педагогічного супроводу дітей (корекційних педагогів, тьюторів, психологів), які б були компетентними в питаннях методики виконання танцювального уроку;
- на сьогоднішній день ще відчувається неврегульованість багатьох питань нормативної, методичної бази, а другий аспект мав обізнаність вже в існуючих нормативно-правових актах, що регулюють питання інклюзивної освіти.

* * *

1.2. Поняття аутизму в медичній та психологічній літературі

Термін «аутизм» як негативний синдром при шизофренії запропонував у 1911 році швейцарський психіатр Є. Блейлер (E. Bleuler). Занурення хворого у світ фантазій науковець позначив терміном «аутизм» і діагностував його у будь-яких «психотиків» ендогенного й органічного походження. В 1926 році дослідниця Г. Сухарева описала клінічну картину «шизоїдної психопатії» в дитячому віці, близьку до опису «аутистичної психопатії» Г. Аспергера, здійсненого в 1944 році [80, с. 12].

Зокрема, Л. Канер (L. Kanner) в 1943 році вперше описав ранній дитячий аутизм як окреме захворювання на групі 11 пацієнтів з «аутистичною самотністю і з нав'язливим прагненням до одноманітності з народження». У 1949 році вчений пише: «Я не вірю, що існує якась вірогідність того, що ранній дитячий аутизм в майбутньому буде відділений від шизофренії» [119, с. 5]. З часу опису аутизму Л. Канером тривають безперервні дискусії про його нозологічну належність. У 1968 році М. Ратер (M. Rutter) на чолі робочої групи ВООЗ намагався розділити дитячий аутизм і дитячу

шизофренію, що знайшло відображення в Міжнародній класифікації захворювань – 9 (МКХ-9) (1975) [87, с. 56]. У МКХ-10 (1994) розроблена типологія РАС, виділено неспецифічні розлади. На сьогодні актуальним залишається диференційний діагноз психозів у дитинстві, а саме інфантильного психозу, атипового дитячого психозу і дитячої шизофренії.

У 80-ті роки ХХ століття Л. Вінг (L. Wing) вводить поняття «аутистичний спектр» захворювань, що супроводжуються порушенням спілкування, соціальної взаємодії, соціального розуміння і уяви («тріада L. Wing») [119, с. 6]. В аутистичний континуум дослідниця долучила генетично і клінічно різноманітні психічні розлади, об'єднані ознакою порушеної соціальної взаємодії.

У 2011 році з клініко-біологічних і лонгітудинальної позицій введено визначення «спектр аутистичних розладів». У 2019 році описаний «континуум аутистичних розладів» і дитячої шизофренії, прийнятий у світі.

Нині термін «аутизм» широко використовують у спеціальній літературі, його відносять до «аутистичного розладу», який визначено у IV-му виданні Діагностичного посібника з психіатрії, у текстовій редакції (DSM-IV-TR), а також і до «Розладів аутистичного спектра», які зонтично покривають весь спектр розладів, визначених у Діагностичному та статистичному посібниках з психічних розладів (DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), що об'єднує аутистичний розлад з іншими клінічно подібними станами [145, с. 14].

Загалом діагноз аутизм використовують для групи генетичних психічних захворювань, неоднорідних за тяжкістю проявів. Нерідко ці розлади супроводжуються відсутністю мовлення. У дитини з аутизмом може формуватися мовлення, але часто воно має свої патологічні особливості і в повному сенсі слова мовленням не є [148, с. 56].

У медичних джерелах наводять різні визначення поняття «аутизм» та «розлади аутистичного спектра». Так, Є. Фесенко трактує аутизм як розлад, що виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується відхиленнями в соціальній взаємодії та спілкуванні, а також обмеженою, повторюваною поведінкою. Усі зазначені ознаки виникають у віці до

трьох років. Спорідненість стану, за якого відзначаються більш м'які ознаки і симптоми, відносять до розладів аутистичного спектра [95, с. 54]. Е. Блейлер розглядає аутизм як відрив від реальності з пачинністю внутрішнього життя, особливого світу мрій та фантазій при шизофренії. Позначає цілий комплекс психічних і поведінкових розладів. Втрата контактів з оточуючими, відхід від дійсності в свій внутрішній світ. Особливий стан афективної сфери та мислення, що характеризується зануренням індивіда в світ власних переживань, що перебуває практично в повній емоційній самоізоляції від навколишнього світу [16, с. 210].

Колектив авторів у складі Н. Зверевої, О. Казьміної та С. Карімуліна під аутизмом розуміє особливість психічної діяльності суб'єкта, яка виражається у відсутності потреби в спілкуванні, порушенні контактів з іншими людьми, не спрямованості на спілкування, замкнутості; такі прояви виникають як наслідок захворювання, особливих умов життя або має природжений характер [35, с. 34]. Аутизм, за визначенням Н. Зверевої і Т. Горячевої, – це відсутність потреби в спілкуванні, порушення контактів з дітьми, із людьми, неспрямованість на спілкування, замкнутість; виникає внаслідок захворювання або особливих умов життя, також може мати вроджений характер [35, с. 35]. За твердженням М. Плахтій та Я. Куралової, аутизм – це порушення розвитку, яке позначається на комунікації та соціальній взаємодії, а також ускладнює адаптаційні процеси людини [73, с. 156].

Аутичність (від грец. «сам») означає крайні форми порушення контактів, відхід від реальності у світ власних переживань [41, с. 204].

Дитячий аутизм виражається у відсутності або зникненні у дітей будь-яких контактів із середовищем, у відсутності у них помітного інтересу до навколишнього, адекватних емоційних реакцій, а нерідко і взагалі будь-яких реакцій на подразники і, нарешті, у відсутності будь-яких форм цілеспрямованої активності і діяльності. Діти з аутизмом виглядають «відчуженими», «відсутніми», «аутистичними», зануреними нібито в світ якихось власних переживань [46, с. 66].

Аутистичний розлад, за визначенням Р. Комера, – це тривалий розлад, який характеризується вкрай обмеженою здатністю реагувати на інших людей, слабкими навичками спілкування, а також повторюваною і ригідною поведінкою. Цей розлад також

відомий під назвою аутизм [40, с. 66]. Т. Галах розлади аутичного спектра розуміє як порушення психічного розвитку особистості, що характеризується вираженим дефіцитом соціальної взаємодії, здатністю до комунікації та пізнання навколишнього світу, втратою інтересу до реальності. Зокрема, батьків дитини з РАС турбує, що вона не притискається до матері, а навіть чинить спротив спробам взяти її на руки, обійняти; не усміхається, уникає погляду в очі, у неї відсутній емоційний зв'язок з батьками [20, с. 5–7].

У сучасних медико-психологічних джерелах розлади аутистичного спектра розглядають як біологічно обумовлене порушення психічного розвитку, що охоплює дефіцитарність афективної і когнітивної сфер психіки. Формування цього типу дизонтогенезу пов'язане з важкою дефіцитарною організацією відносин дитини зі світом. Характерні порушення відносин з предметним і соціальним світом, труднощі активної переробки інформації; загальна затримка розвитку уявлень про повсякденну навколишню дійсність, їх бідність, фрагментарність, розрізненість, недостатність смислових зв'язків [23, с. 34].

Зокрема, І. Марценковський розлади аутистичного спектра трактує як порушення, яке починає проявлятися в ранньому дитинстві і, як правило, триває все життя. Науковець наголошує на тому, що люди, які мають РАС, дуже слабо реагують на інших людей, погано засвоюють навички, які необхідні для спілкування, схильні до ригідної поведінки та стереотипних дій [46, с. 66].

Аутистичний спектр – дуже широке поняття, серед яких особливе місце відведено ранньому дитячому аутизму (РДА). Проблема раннього дитячого аутизму – це не запізнена діагностика, а соціальна ізоляваність дитини з діагнозом «аутизм». Постановка діагнозу традиційно ґрунтується на тріаді симптомів: порушення комунікації, порушення соціальної взаємодії і наявності обмежених стереотипних повторюваних комплексів інтересів і дій. Це збільшення показників пов'язане переважно з поліпшенням діагностики, розширенням її критеріїв, а також тою увагою, яку приділяють аутизму в сучасному суспільстві. За даними ВООЗ, 15 років тому частота випадків розладів аутистичного спектра (РАС) становила 2–4:10 000, на сьогоднішній день деякі західні дослідники говорять про збільшення цих показників до 5:1 000. У

хлопчиків РАС діагностують частіше, ніж у дівчаток, у співвідношенні 3–4:1 [117].

Будучи загальними рисами індивідуального розвитку, ці якісні відхилення проявляються у всіх ситуаціях, виявляються вже на першому році життя і до третього року стають очевидними. Рівень їх інтелектуального розвитку може бути найрізноманітнішим: від глибокої розумової відсталості до обдарованості в окремих галузях знань і мистецтва; в низці випадків у таких дітей нерозвинене мовлення, відзначаються відхилення у розвитку моторики, уваги, сприйняття, емоційної та інших сфер психіки [29, с. 13]. Більше 80 % дітей з аутизмом – інваліди.

Протягом усієї історії розвитку вчення про аутизм і розлади аутистичного спектра питання про причини і чинники виникнення розладів аутистичного спектра були дискусійними і продовжують залишатися таким. На сьогоднішній день склалося два основні підходи до пояснення походження аутизму. Відповідно до першого, основа для розвитку аутизму закладається ще в пренатальному періоді, і розлади аутистичного спектра обумовлені, головню, причинами і чинниками генетичної властивості. У межах другого підходу постулюється ідея про те, що аутизм виникає відразу ж після народження або в кінці першого року життя, а також може проявлятися і пізніше, отже, генетичні чинники знаходяться аж ніяк не на першому місці.

Учені О. Борисенко та С. Музика відзначають, що у наукових джерелах пріоритетне значення мають генетичні чинники, які спричинюють природний характер розладу спектра аутизму. Хоча є науковці, які припускають, що РАС виникають унаслідок пренатального та перинатального порушень центральної нервової системи. Серед десятка напрацьованих на сьогодні теорій виникнення розладів аутистичного спектра дослідники виокремлюють такі основні, найточніші концепції причин: поведінкову (або біхевіористичну), біологічну (до якої входять генетичні концепції, теорії, пов'язані з дією перинатальних чинників, нейрохімічні та імунологічні концепції) та когнітивну [16, с. 216].

Згідно з наявними науковими даними, існує багато інших чинників, що підвищують імовірність появи у дитини РАС, у тому числі чинники навколишнього середовища і генетики. На

сьогоднішній день немає точних даних про причини виникнення розладів аутистичного спектра. Однак існує велика ймовірність того, що генетичні і нейрофізіологічні відхилення є лише передумовою до розвитку таких розладів, тоді як на розвиток хвороби можуть впливати і такі зовнішні чинники, як екологічні умови, інфекційні захворювання, ослаблення імунної системи, недоношеність тощо.

Нааявні епідеміологічні дані однозначно вказують на відсутність причинно-наслідкового зв'язку між розладами аутистичного спектра і вакциною від кору, паротиту та краснухи. Було виявлено, що попередні дослідження, які вказували на наявність такого причинно-наслідкового зв'язку, мали методичні недоопрацювання. Також не існує фактів, які свідчили б про те, що будь-яка дитяча вакцина може підвищити ризик розладів аутистичного спектра. Огляди фактичних даних про потенційний зв'язок між консервантом тіомерсал і ад'ювантами алюмінію, що містяться в інактивованих вакцинах, та ризиком розвитку РАС переконливо свідчать про те, що вакцини не підвищують ризик розвитку хвороби.

Вчені також ставили перед собою завдання виявити зв'язок між ризиком розвитку розладів аутистичного спектра у дітей при зрілому віці батька або матері, встановити функціональний зв'язок між віком батьків і РАС. За результатами проведеного дослідження з'ясувалося, що найменший відносний ризик виникнення РАС існує у дітей, вік батьків яких припадає на хронологічні межі між 20-ма і 29-ма роками. У тих випадках, коли вік батька перевищував 50-річний рубіж або вік матері припадав на період від 40 до 49 років включно, відносний ризик РАС істотно зростає. Навіть більше, підвищений відносний ризик виникнення РАС виявився властивим дітям, чийм матерям на момент їх народження було менше 20 років.

Окрім іншого, з'ясувалося, що підвищений ризик РАС пов'язаний не тільки зі збільшенням батьківського або материнського віку, але і зі збільшенням різниці між віком батьків. Найбільший ризик розвитку РАС у дітей спостерігався в подружніх парах, де батько старший 45 років (незалежно від віку матері); де вік батька становив 35–44 роки, а мати молодша на 10 і більше років; де вік матері становив 30–39 років, а батька на 10 і більше років менше. Серед пар, де батько молодший 45 років, а мати молодша 40 років,

відносний ризик зростав відповідно збільшенню різниці у віці батьків [41, с. 204].

Отже, у виникненні розладів аутистичного спектра відіграють роль найрізноманітніші чинники: генетичні, соматогенні, психогенні, соціогенні. Дані сучасних досліджень істотно розширили і поглибили відомості про патогенез при РАС. Поява нових наукових даних поліпшила розуміння того, як розвивається та або інша форма аутистичного розладу, а це своєю чергою є основою для розроблення точніших і перспективних підходів до лікування та корекції РАС, відповідно до структури і специфіки дефекту.

* * *

1.3. Медичні проблеми дітей з розладами аутистичного спектра

З медичного погляду розлади аутистичного спектра охоплюють гетерогенну групу порушень нейророзвитку, що включають різні нозологічні дефініції (синдроми Каннера і Аспергера, високофункціональний аутизм, інфантильний психоз, типовий дитячий психоз, дитячий дезінтегративний розлад, а також безліч хромосомних і генетичних синдромів) [79]. Розлади аутистичного спектра характеризуються тріадою порушень (якісні порушення соціальної взаємодії, спілкування, стереотипна поведінка і неспецифічні проблеми (МКХ-10)) і діадою порушення соціальної взаємодії, обмеженими і повторюваними патернами поведінки та/або інтересів (DSM-5) [79].

У медичній та психологічній літературі описані основні прояви або клінічна картина дитячого аутизму. Більшість джерел описує такі прояви розладів аутистичного спектра:

1. Аутизм: самотність дитини; зниження здатності до встановлення емоційного контакту; труднощі встановлення очного контакту, складності у вираженні дитиною її емоційних станів, розумінні нею станів інших людей; зниження здатності до комунікації: труднощі контакту, встановлення емоційних зв'язків з рідними, з однолітками.

2. Стереотипність у поведінці:

- прагнення зберігати постійні, звичні умови життя, їх зміни часто призводять до виникнення страхів;
- поглинання одноманітними діями – моторними і мовними (розгойдування, поштовхи і махи руками, стрибки, повторення одних і тих самих звуків, слів, фраз);
- пристрась до тих самих предметів, тих самих маніпуляцій з ними;
- охоплення стереотипними інтересами, однією і тією ж грою, однією темою в розмові, малюванні.

3. Особливості затримки і порушення розвитку мовлення:

- мутизм (відсутність цілеспрямованого використання мовлення для комунікації). Спостерігається майже в половині випадків;
- ехололія (повторення почутих слів або фраз) – стан, який часто зустрічається у дітей, які страждають аутизмом: патологічне повторення слів, виголошених іншими людьми. Іноді це відбувається миттєво, а іноді процес розтягується на кілька годин або навіть днів (відкладена ехололія). Ехололія також є симптомом кататонічної шизофренії. Відкладена ехололія, що вживається в правильному соціальному контексті, не є відхиленням, може використовуватися як аутостимуляція. Людині просто приємно вимовляти окремі фрази. Відкладена ехололія є способом вияву емоцій і настрою [79];
- відставання в здатності правильно використовувати особові займенники: дитина називає себе «ти», «він», на ім'я;
- мовлення може бути з великим словниковим запасом, але воно має характер «штампу»;
- уникнення мовної взаємодії: дитина не ставить питань сама і може не відповідати на звернення до неї;
- незвичайний темп, ритм, інтонація, мелодика мовлення;
- при спілкуванні не використовує жести і міміку.

4. Наявність патологічних страхів, які відрізняються від страхів

здорових дітей таким: безпричинністю виникнення; затяжним характером, схильністю до розширення; порушенням загального стану дитини (сну, апетиту, фізичного стану); зміною поведінки дитини під впливом страху: переживають приховану загрозу з боку людей, тварин, неживих предметів; ховаються від реальних і уявних

об'єктів; постійно тривожні, полохливі, насторожені; безглуздим характером страхів: страх тіней, шуму води, різноманітних повсякденних предметів (водопровідні крани, електричні лампи, порохотяг, нові іграшки), страх смерті.

5. Підвищена чутливість до світлових, слухових, тактильних, температурних подразників – навколишнє середовище стає джерелом емоційного дискомфорту, його сприйняття супроводжується постійним негативним фоном настрою.

6. Ранній прояв зазначених розладів – до 3-річного віку [23, с. 59].

Розлади аутистичного спектра варто диференціювати зі специфічними розладами розвитку (розладами мовлення, рухових функцій і шкільних навичок), сенсорними порушеннями (у тому числі глухотою), розладами батьківсько-материнської прив'язаності, шизофренією з нетиповою маніфестацією в ранньому віці, розумовою відсталістю, селективним мутизмом, гіперкінетичним розладом, психічними розладами, зумовленими органічними ураженнями головного мозку [49, с. 75].

У Міжнародній класифікації хвороб – 10 (1994, 1999) наведено основні діагностичні критерії розладів аутистичного спектра. Для діагностики аутистичного розладу, на підставі критеріїв МКХ 10-го перегляду, має бути не менше шести з перерахованих нижче симптомів (з них не менше двох ознак повинні відноситися до першої підгрупи і не менше однієї – до решти).

1. Якісні порушення соціальної взаємодії:

– неможливість у спілкуванні використовувати погляд, мімічні реакції, жести і позу з метою взаєморозуміння;

– нездатність до формування взаємодії з однолітками на ґрунті взаємних інтересів, діяльності, емоцій;

– нездатність, незважаючи на наявні формальні передумови, до встановлення адекватних віку форм спілкування;

– нездатність до соціально опосередкованого емоційного реагування, відсутність або девіантний тип реагування на почуття оточуючих, порушення модуляції поведінки відповідно до соціальних контекстів або нестійка інтеграція соціальної, емоційної та комунікативної поведінки;

– нездатність до спонтанного переживання радості, інтересів чи діяльності з оточуючими.

2. Якісні зміни комунікації:

– затримка або повна зупинка в розвитку розмовної мови, що не супроводжується компенсаторною мімікою, жестами як альтернативною формою спілкування;

– відносна або повна неможливість вступити в спілкування або підтримати мовний контакт на відповідному рівні з іншими особами;

– стереотипії в мові або неадекватне використання слів і фраз, контурів слів;

– відсутність символічних ігор у ранньому віці, ігор соціального змісту.

3. Обмежені і повторювані стереотипні шаблони в поведінці, інтересах, діяльності:

– спрямованість до одного або декількох стереотипних інтересів, аномальних за змістом, фіксація на неспецифічних, нефункціональних поведінкових формах або ритуальних діях, стереотипні рухи у верхніх кінцівках або складні рухи всім тілом;

– переважна зайнятість окремими об'єктами або нефункціональними елементами ігрового матеріалу.

4. Неспецифічні проблеми – страхи, фобії, порушення сну і звичок прийому їжі, напади люті, агресія, самоушкодження.

5. Маніфестація симптомів до трирічного віку. При діагностиці аутистичних розладів (синдром Каннера, дитячий психоз, атипичний дитячий психоз, синдром Аспергера, синдром Ретта, розумова відсталість з рисами аутизму та ін.) повинні бути наявні перераховані загальні критерії розладів психічного розвитку; і водночас кожна з виділених підрубрик має свої особливості [26, с. 16–17].

Існує кілька підходів до класифікації розладів аутистичного спектра. Розглянемо деякі з них: Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКБ-10) [59] і класифікацію розладів аутистичного спектра, запропоновану К. Гілбертом і Т. Пітерсом у книзі «Аутизм. Медичний і педагогічний вплив» [23, с. 90].

За Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду спектр аутистичних розладів поміщений у клас «Розлади психіки та поведінки», блок «Розлади психологічного розвитку». За даними МКБ-10 до РАС входять: дитячий аутизм (F84.0), атипичний аутизм (F84.1), синдром Ретта (F84.2), інші дезінтегративні розлади

дитячого віку (F84.3), гіперактивний розлад, який поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами (F84.4), синдром Аспергера (F84.5) [59].

За класифікацією К. Гілберта і Т. Пітерса, в РАС входять: класичний аутизм або синдром Каннера, синдром Аспергера, дитячий первазивний (дезінтегративний) розлад, інші, схожі на аутизм захворювання, аутичні стани [23, с. 90].

За цими класифікаціями видно, що багато в чому їх складові схожі або однакові. Наприклад, дитячий аутизм і класичний аутизм або дитячий первазивний (дезінтегративний) розлад та інші дезінтегративні розлади дитячого віку. Якщо розглядати їх разом, то необхідно вивчити прояви таких основних розладів: класичний аутизм або синдром Каннера, синдром Аспергера і синдроми, що входять у нього (синдром Саванта, синдром Ретта), атиповий аутизм, дитячий первазивний (дезінтегративний) розлад, аутичні стани.

Класичний аутизм або синдром Каннера. Аутизм (інфантильний аутизм, дитячий аутизм) – комплексний розлад, що охоплює кілька порушень. Усі існуючі основні діагностичні системи (МКБ-10, ДСМ-III-R, ДСМ-IV) сходяться в тому, що для постановки діагнозу аутизму має бути наявна тріада симптомів: брак соціальної взаємодії (складно зрозуміти почуття та емоції інших людей, а також висловити свої власні, що ускладнює адаптацію в суспільстві), брак взаємної комунікації (вербальної і невербальної) та недорозвинення уяви, яке проявляється в обмеженому спектрі поведінки.

Існують певні симптоми, які часто з'являються при аутизмі, але не вважаються основними для постановки діагнозу, однак вони привертють на увагу. До них належать: гіперактивність (особливо в ранньому дитячому або підлітковому віці), слухова чутливість, гіперчутливість до дотику, незвичайні звички при прийомі їжі, неповажачи прийоми нехарчових продуктів, аутоагресія (нанесення собі ушкоджень), знижена больова чутливість, агресивні прояви і зміни настрою. Ці симптоми зустрічаються щонайменше у 1/3 людей зі синдромом аутизму [82, с. 68].

Синдром Аспергера зустрічається у людей з нормальним або за всіма показниками хорошим, а іноді навіть високим інтелектуальним рівнем розвитку. Синдром Аспергера відрізняється раннім розвитком мовлення, а також збереженням зацікавленості

предметами і явищами навколишнього середовища та навичок адаптації. Цей синдром діагностується, подібно до того ж набору діагностичних критеріїв, що відносяться до аутизму, але виключаючи критерії, що належать до порушення комунікації.

Синдром Аспергера й аутизм (при високому інтелектуальному рівні) перетинаються один з одним. Рівень розвитку співпереживання (емпатії) може бути визначальним чинником у постановці того чи іншого діагнозу. За надмірно низьких показників емпатії можливий діагноз аутизму, а в тих випадках, коли рівень емпатії вищий, замість аутизму може бути поставлений діагноз синдрому Аспергера.

Найчастіше єдиною ознакою, яка диференціює аутизм від синдрому Аспергера, є рівень IQ. Низький коефіцієнт інтелекту веде до постановки діагнозу аутизму, а більш високий рівень IQ – синдрому Аспергера.

Варто відзначити і такий феномен, який у сучасному суспільстві прийнято називати «синдромом Саванта». Синдром Саванта, іноді скорочено називають «савантизмом» вважається окремим випадком аутизму. Це стан, при якому особи з відхиленням у розвитку (в тому числі аутистичного спектра) мають видатні здібності в одній або декількох галузях знань, що контрастують зі загальною обмеженістю особистості. Трапляється досить зрідка і зазвичай є вторинним явищем, яке супроводжується деякими формами порушень розвитку, часто синдром Аспергера [82, с. 69].

Загальна для всіх савантів інтелектуальна особливість – феноменальна пам'ять. Спеціалізованими галузями, в яких найчастіше виявляються здібності саванів, є: музика, образотворче мистецтво, арифметичні обчислення, календарні розрахунки, картографія, побудова складних тривимірних моделей.

Людина зі синдромом Саванта може бути здатною повторити кілька сторінок тексту, почутого ним один раз або безпомилково розрахувати результат множення шестизначних чисел. Окрім цього, серед зареєстрованих проявів синдрому Саванта є здібності до вивчення іноземних мов, загострене почуття часу, тонке розрізнення запахів та ін. При цьому в галузях, що є поза проявом синдрому, така людина може демонструвати явну неповноцінність, аж до розумової відсталості.

Синдром Ретта – одна з найбільш поширених патологій у системі спадкових форм розумової відсталості, що зустрічається випадково у дівчат. У перебігу захворювання часто виявляють чотири стадії:

1. Перша стадія – стагнація. Вік, в якому вперше відзначаються відхилення у розвитку дітей, коливається від 4 місяців до 2,5 років. Перші ознаки хвороби охоплюють уповільнення психомоторного розвитку дитини і темпів зростання голови, втрату руху, що нагадують «миття рук». У понад половини дітей спостерігаються аномалії дихання, можлива поява судомних нападів. Важливим симптомом є втрата контакту з оточуючими.

2. Далі йде період регресу нервово-психічного розвитку, який починається, як правило, у віці 1–3 років та супроводжується нападами неспокою, «невтішного крику», порушенням сну. Протягом декількох тижнів–місяців дитина втрачає раніше набуті навички, зокрема, пропадають цілеспрямовані рухи рук, вона перестає говорити.

3. Третя стадія охоплює період дошкільного та раннього шкільного віку. У цей період стан дітей відносно стабільний. На перший план виступають глибока розумова відсталість, судомні напади, а також різноманітні рухові розлади. Напади занепокоєння проходять, сон поліпшується, стає можливий емоційний контакт з дитиною.

4. До кінця першого десятиліття життя починається четверта стадія – прогресування рухових порушень. Водночас судомні напади стають рідшими. В такому стані пацієнти можуть перебувати десятки років.

Атиповий аутизм – тип загального розладу розвитку, який відрізняється від аутизму або віком початку, або відсутністю хоча б одного з трьох діагностичних критеріїв. Атиповий аутизм найчастіше виникає у дітей з глибокою розумовою відсталістю, у яких дуже низький рівень функціонування забезпечує виникнення проявів специфічних відхилень у поведінці, необхідних для діагнозу аутизму; він також зустрічається в осіб з важким специфічним розладом розвитку рецептивної мови. Атиповий аутизм являє собою стан, який значно відхиляється від аутизму.

Дитячий первазивний (дезінтегративний) розлад. Існує невелика група людей, які розвиваються без явних аномалій у віці від 1,5 до 4 років, а потім у них з'являються важкі симптоми аутизму.

У дітей, які мають більш тривалий період нормального розвитку, потім спостерігається явно виражена регресія навичок і розвиток багатьох симптомів, характерних для аутизму. Сукупність цих симптомів у минулому розглядали як психоз Геллера, деменцію Геллера або дезінтегративний психоз. У цей час такі формулювання застаріли і застосовується поняття дитячого первазивного (дезінтегративного) розладу.

Аугичні стани. Люди, які виявляють три або більше симптомів, але не мають повного набору критеріїв аутизму, синдрому Аспергера, дитячого дезінтегративного розладу або іншого, схожого на аутизм розладу, можуть діагностуватися як такі, що виявляють аугичний стан. Багато дітей з розладом уваги та важкою моторною незграбністю мають аугичні стани.

Основні положення щодо властивостей розладів аутистичного спектра необхідно знати батькам, педагогам дошкільних закладів освіти і загальноосвітніх шкіл, для того, щоб максимально рано виявити в дітях особливості, і звернутися за консультацією до фахівців: психіатра, спеціальним психолога, реабілітолога.

* * *

1.4. Переваги фізичної активності у дітей з розладами аутистичного спектру та порушенням моторного розвитку

Фізична активність (ФА) важлива для підтримки здоров'я населення в цілому. За допомогою контрольованої, правильно застосованої фізичної активності знижується артеріальний тиск, покращується якість сну та чутливість до інсуліну, а отже, знижується ризик деяких хронічних захворювань [146]. Фізичні вправи викликають вивільнення ендорфінів і моноамінових нейромедіаторів у мозку, таким способом імітуючи дію антидепресантів і роблячи фізичну активність та лікувальну фізкультуру життєздатною альтернативою медикаментозному лікуванню [148]. Було досліджено, що ЛФК покращує моторні навички та стимулює функцію пізнання у дітей дошкільного віку 4–

6 років, зокрема покращує увагу, пам'ять, поведінку і відповідно впливає на інтелектуальні здібності [142]. Як показують дослідження, рівень фізичної активності у дітей з РАС нижчий, ніж у їхніх однолітків, які зазвичай розвиваються активніше [132, с. 737–749]. Це може бути пов'язано з поганою координацією та проблемами з рівновагою, що часто супроводжує дітей з аутистичними розладами та значно обмежує їх у виборі фізичної діяльності, що підходить конкретно цьому пацієнту, а порушення сенсорних, поведінкових та комунікативних навичок своєю чергою ускладнюють участь у командній діяльності [122, с. 43–48].

У США було проведено низку досліджень щодо використання фізичної реабілітації у комплексній терапії розладів аутистичного спектру, багато з яких підтвердили актуальність та результативність використання такої в сукупності з іншими засобами корекції розладів аутистичного спектру. Чудовим видом фізичної активності у системі реабілітаційних засобів також були визнані заняття з хореографії, як поєднання фізичної активності та арт-терапії. Систематичний огляд Беатріс Мензез (Beatriz Menezes de Jesus) та її колег (Федеральний Університет м. Саргіп, Бразилія) дійшли висновку, що танець позитивно впливав на прояви симптомів, пов'язаних з РАС [117]. Було виявлено покращення соціальної залученості, поведінки, навичок спілкування, усвідомлення тіла та психічного здоров'я. За допомогою метааналізу було проведено якісну та кількісну оцінку заходів фізичної реабілітації для дітей з розладами аутистичного спектру у 29 дослідженнях. Було виявлено загальний помірний лікувальний позитивний ефект у сфері тривожності, загального психологічного стану та контролю емоцій [124, с. 818–833]. Однак у сферах руху (маніпулятивні та локомоторні навички, м'язова сила та витривалість) було також виявлено помірні та великі позитивні показники. Крім того, була помітна позитивна динаміка у сфері соціального функціонування та взаємодії з дітьми. Оскільки ці всі порушення і характеризують основні симптоми РАС, то можемо стверджувати, що фізична активність, фізична реабілітація є неодмінною запорукою покращення динаміки у дітей з розладами аутистичного спектру.

Що стосується країн сходу, дослідження проведене на 5–8-річних дітях у спеціалізованій школі в Китаї, показало значне покращення соціальних функцій серед дітей із розладами

аутистичного спектру, які брали участь у 12-тижневій структурованій програмі фізичної реабілітації [148]. Програма охоплювала виконання ЛФК та інших видів фізичної реабілітації двічі на тиждень, тривалістю 60 хвилин. Специфіка цієї програми полягала у тому, що вона була побудована так, щоб стимулювати можливості для покращення соціальних взаємодій у природному середовищі, не нав'язуючи дітям ніяких стереотипів, що сприяло своєю чергою розвитку комунікативних навичок. Завдяки цій програмі, учасники дізналися, як взаємодіяти з іншими та як самостверджуватися у соціумі. Програма була оцінена кількісно за допомогою шкали оцінювання системи вдосконалення соціальних навичок (SISS) та оцінювання базових мовних і навчальних навичок – переглянутих (ABLLS-R), а також якісних співбесід з батьками та персоналом. SISS оцінив сім субдоменів соціальних навичок і було помічено значні покращення у спілкуванні, співпраці та самоконтролі. Покращення також було помічено в оцінках ABLLS-R. Батьки та волонтери дали позитивні відгуки про програму [148].

Оскільки комунікація та соціальна взаємодія є одним із основних характерних порушень, які спостерігаються при розладах аутистичного спектру, це дослідження надає докази доцільності застосування структурованих програм з фізичної реабілітації для лікування РАС у дітей. Покращення, що спостерігалися, не можна було віднести лише до самої фізичної реабілітації чи способу виконання цієї програми, тобто постає питання, чи покращення динаміки цих доменів були результатом успішної реалізації програми фізичної реабілітації чи командної діяльності, зосередженої на соціальній взаємодії? В цьому випадку розробники програми підійшли до вирішення питання фізичної реабілітації комплексно і за допомогою такої, вплинули на взаємозв'язки доменів у піддослідній групі та забезпечили їм, як результат, покращення соціативних навиків у групі. Хоча в цьому дослідженні повідомлялося про покращення соціальних взаємодій, які автори приписують саме фізичній реабілітації, варто зазначити, що дизайн і структура програми були засновані на моделі TEACCH. Повідомлені про покращення динаміки та стану пацієнтів, могли бути наслідком використовуваної програми, незалежно від компонентів фізичної активності, які були включені як ланки в

добре налагоджену систему – комплекс фізичних та психічних втручань.

ТЕАССН є одним із найбільш перевірених заходів, що використовуються для лікування дітей з розладами аутистичного спектру й особливо ефективний у сферах соціальної та дезадаптивної поведінки [144]. Програма ТЕАССН, головню, ґрунтується на ерготерапевтичних заходах, які зазвичай націлені та впливають на освітні або життєві навички, однак її можна легко замінити за допомогою застосування фізичних вправ спрямованих на покращення якості руху. Ці види діяльності, організовані в межах структурованих елементів фізичного впливу, реалізуються за допомогою спеціаліста з фізичної реабілітації, в передбачуваній послідовності, тренування зі стрейчінгу, структурованих систем роботи/діяльності та візуально структурованої діяльності [138, с. 107]. Хоча результати цього 12-тижневого дослідження є багатообіцяючими, довгострокових цілей поставлено не було. Оцінки проводили лише після завершення 12-тижневого втручання. Існує потреба в подальших додаткових дослідженнях з тривалим застосування цієї програми.

Також за даними інших досліджень було виявлено, що активні кардіонавантаження (звичайно за умови, що немає протипоказів до таких), а не помірні, є більш ефективними для зменшення дезадаптивної та стереотипної поведінки і дітей з РАС [119]. Це свідчить про те, що діти з РАС можуть мати більш високий поріг, який необхідно подолати, перш ніж почне з'являтися позитивна динаміка у психічному та фізичному стані, а також у роботі над моторними порушеннями, внаслідок застосування тієї чи іншої фізіотерапевтичної програми.

Більшість людей з аутизмом – 87 %, за останніми оцінками – мають певні моторні труднощі, починаючи від нетипової ходи і закінчуючи проблемами з почерком. Ці порушення відрізняються від повторюваної поведінки, яка вважається ознакою аутизму. І все ж, незважаючи на поширеність, порушення моторної сфери не вважаються основною ознакою аутизму, оскільки вони також виникають при інших станах, таких як синдром Дауна, дитячий церебральний параліч і синдром дефіциту уваги та гіперактивності.

Незважаючи на те, що причини, характеристики та наслідки рухових порушень у аутистів відомі, однак ця сфера знань у галузі

дослідження розладів аутистичного спектру є однією з найбільш малодосліджених аспектів аутизму. Також варто прискіпливіше ставитися до оцінювання моторних порушень у аутистів та розробити нові методики впливу фізичних терапевтів і реабілітологів на такі, особливо з огляду на те, що проблеми з фізичним станом та рухом можуть мати наслідки далеко за межами простих рухових порушень.

У дітей з РАС можуть бути серйозні моторні порушення, такі як незграбна, некоординована хода, порушення дрібної моторики, наприклад, у маніпуляціях з предметами побуту та письмом тощо. Деякі діти з розладом аутистичного спектру, можуть мати проблеми, пов'язані з різною координацією рухів між лівою і правою частинами тіла або між різними кінцівками, що ускладнює виконання таких дій, як, наприклад, розгойдування на гойдалках, стрибки, біг. Інші діти можуть мати низький тонус м'язів і проблеми зі збереженням постави або рівноваги. Також можливі порушення в діях, які вимагають скоординованої роботи рук та очей, наприклад, ловити м'яч або імітувати рухи інших, а також планувати серію рухів чи жестів. Ці порушення можуть варіюватися від легких до важких та можуть вплинути на будь-яку рухову систему організму.

Порушення моторики у дітей з РАС можуть з'явитися в дитинстві. Наприклад, 1-місячні немовлята, у яких пізніше діагностують аутизм, мають тенденцію рухати руками менше, ніж здорові немовлята. Приблизно до 4-місячного віку звичайна дитина може тримати голову на одній лінії з плечима, коли її підтягують у положення сидячи, але дитині з аутизмом часто не вистачає цієї м'язової сили, і її голова відкидається назад. А в 2 роки – це вік, коли більшості типових дітей вже розвинутий навик ходьби – діти з аутизмом все ще не можуть стояти. Інші моторні проблеми можуть включати труднощі зі захопленням предметів або сиданням, а також відсутність плескань.

Існують також генетичні чинники, що впливають на аутизм. Деякі мутації, які характерні як наслідок для людей з розладом аутистичного спектру, також можуть сприяти порушенням моторики. Наприклад, кожна місячна затримка початку ходьби збільшує шанси дитини на спонтанну мутацію в гені аутизму на 17 %, згідно з дослідженням 2017 року. А деякі «синдромні» форми аутизму – ті, які мають єдину генетичну причину, – охоплюють

певні моторні порушення серед своїх визначальних характеристик: люди з синдромом Фелана-Макдерміда часто мають низький м'язовий тонус, а діти з синдромом Ангельмана (dup15q), як правило, мають характерну ходу.

Хоча моторні порушення, як правило, найбільш виражені у дітей з розладами аутистичного спектру, які мають інтелектуальну недостатність. Наприклад, люди з аутизмом, у яких було виявлено спонтанні мутації, мають підвищену вірогідність моторних порушень, незалежно від того, чи є у них розумові відхилення, згідно з дослідженням 2018 року, проведеними в Каліфорнії США. Низка досліджень вказує на можливість диференціації форм аутизму через характеристику моторних порушень, наявних у дитини [113].

Відмінності у зв'язках між півкулями та ділянками мозку можуть допомогти пояснити причину моторних порушень деяких аутистів. Наприклад, у дітей з розладами аутистичного спектру знижена синхронність у діяльності їхньої зорової та моторної ділянок мозку; чим менше там синхронізації, тим серйознішими є їхні порушення соціальної сфери за стандартною шкалою. Їхні моторні порушення також можуть впливати з меншого зв'язку між нижньою тім'яною частиною, тобто ділянкою, яка бере участь у координації рук і очей, та мозочком, який допомагає керувати рухами та коригувати їх. Інші дані свідчать про слабкі зв'язки між сенсорними та моторними ділянками і нетипову активність у ділянці, важливій для координації (мозочок), та активацію рухових імпульсів.

Діти з розладами аутистичного спектру також, здається, ігнорують надходження візуальної інформації та її аналіз і більше покладаються на пропріоцепцію або своє внутрішнє відчуття – положення свого тіла, ніж звичайні люди, коли навчаються використовувати новий інструмент. Чим більше люди з аутизмом покладаються на пропріоцепцію, тим серйозніший їхній соціальний дефіцит, хоча цей факт потребує додаткових досліджень.

У деяких друкованих джерелах та дослідженнях є дані про те, що можливо, проблеми в руховій сфері можуть сприяти розвитку розладів аутистичного спектру [114]. Проблеми з моторикою в дитинстві були пов'язані із затримкою лепетіння, жестикуляції та засвоєння нового словникового запасу, і вони можуть мати інший

«каскадний вплив» на когнітивний, соціальний та емоційний розвиток. Це тому, що рухові здібності, такі як сидіти, тягнутися до предметів і ходити, дають дітям доступ до нового досвіду, який спонукає до навчання. Крім того, у немовлят, які мало рухаються або не можуть захоплювати предмети, як правило, не виникає взаємодії з вихователями, що обмежує можливості вивчення мови та інших навичок у дорослих.

Погані моторні навички в дитинстві пізніше можуть призвести до того, що діти з аутизмом будуть неохоче займатися фізичною діяльністю, наприклад, спортом, обмежуючи свої можливості взаємодії з іншими дітьми і потенційно перешкоджаючи соціальному розвитку. Окрім того, проблеми з координацією рухів голови можуть ускладнити спостереження за соціальними взаємодіями у великій групі, а проблеми з почерком можуть вплинути на академічну успішність.

Навички зорово-моторної інтеграції, з якими люди з аутизмом найбільше борються, також мають вирішальне значення для наслідування та навчання інших, а також для участі в соціальній взаємодії. Хоча моторні порушення, безсумнівно, перешкоджають соціальному та когнітивному розвитку, малоімовірно, що вони є єдиною причиною соціальних труднощів. Натомість моторні та соціальні відмінності у людей з аутизмом можуть мати ту саму першопричину в мозку.

Кілька стандартизованих тестів можуть виявити, чи може дитина виконувати певні рухові завдання. Але вони недостатньо точні, щоб охопити та виміряти всі рухові порушення у дітей з аутизмом. Окрім того, завдання, розроблені для типових дітей, можуть бути важкими або неможливими для дітей з інтелектуальною недостатністю або когнітивними порушеннями.

З інновацій у системі наукових досліджень моторних порушень науковці використовують дослідження, що ґрунтуються на почерку, застосовують віртуальну реальність, вимірювання сили та амплітуди руху за допомогою датчиків та інфрачервоних камер, акселерометрів і гіроскопів (для вимірювання інтенсивності та кута рухів кінцівок), килимків, оснащених датчиками тиску (для виявлення відмінностей у ході) та електроміографію (метод, що вимірює електричну активність м'язів). Але дослідники кажуть, що до стандартизації цих заходів ще далеко. Першим кроком є пошук

оптимальних заходів вимірювання, які враховують моторні відмінності у дітей з розладами аутистичного спектру.

Стандартні методи лікування зазвичай охоплюють фізичну терапію та ерготерапію, але вони можуть не повністю задовольняти потреби дітей з аутистичними розладами. Більше того, лише 32 % дітей з аутизмом отримують адекватну оцінку з подальшим лікуванням та корекцією своїх моторних порушень [123]. У програмах фізичних терапевтів міжнародної спільноти почали вживатися нові методи лікування, такі як адаптовані спортивні програми, йога, елементи бойових мистецтв та танцювальна терапія, арт-терапія за участю музики, хоча поки що мало доказів, чи є будь-який з цих підходів ефективним.

* * *

1.5. Інноваційні методи фізичної терапії дітей з розладами аутичного спектра

Діти з розладами аутистичного спектра – це особлива категорія дітей, яка потребує спеціального підходу і спеціальних методів реабілітації. Реабілітаційна робота з дітьми цієї категорії полягає в комплексному підборі засобів і методів, які дають змогу дитині найбільш комфортно пройти шлях корекційної допомоги.

У більшості випадків реабілітаційна робота з дітьми з розладами аутистичного спектра орієнтована на формування у них готовності до самостійного, продуктивного життя. Ця мета може бути конкретизована як формування способів адекватної взаємодії зі світом загалом та і зі соціумом, зокрема. Вітчизняна наука керується положенням про необхідність комплексного підходу до корекції РАС, залучення в цей процес фахівців медичного, психологічного, педагогічного спектра. Найважливіше значення для розвитку дітей з розладами аутистичного спектра, їх соціалізації мають активність батьків, їх готовність до тривалої, наполегливої, грамотної роботи з дитиною.

Річард Л. Сімпсон був професором спеціальної освіти в Університеті Канзасу, де він керував численними демонстраційними

програмами університету та Медичного центру Університету Канзасу для студентів з розладами аутистичного спектру та іншими вадами, а також координував різноманітні федеральні грантові програми, пов'язані з аутизмом та іншими когнітивними порушеннями. Він також був учителем у системі інклюзивної освіти, шкільним психологом та координатором громадської програми з питань психічного здоров'я, автором численних книг, статей та тестів на різноманітні теми, пов'язані зі студентами з обмеженими можливостями [141, с. 170–179]. Доктор Сімпсон був колишнім редактором-засновником журналу «Фокус на аутизмі та інших вадах розвитку». Він отримав кілька нагород, в тім числі нагороду Ради за виняткові дослідження щодо аутистичного розладу у дітей, нагороду лідерства на Середньому Заході за першість у дослідженні розладів поведінки, першу премію Товариства аутизму Канзасу, а також численні нагороди Канзаського університету та видатні нагороди, зокрема нагороду від професора-викладача Дж. А. Будіга. Л. Сімпсон успішно класифікував та стандартизував усі існуючі терапевтичні методики, які застосовують у роботі з людьми з РАС.

Класифікація терапевтичних корекційних практик за Річардом Л. Сімпсоном [141].

Науково обґрунтовані практики:

1) терапія прикладного поведінкового аналізу Applied Behavior Analysis (ABA) – метод навчання, призначений для аналізу та зміни поведінки точно вимірним і підзвітним способом. Також його називають модифікацією поведінки. Систематичний процес вивчення та модифікації спостережуваної поведінки шляхом маніпуляції з навколишнім середовищем (Терапевтична практика на основі навичок);

2) дискретне пробне навчання Discrete Trial Teaching – частина АВА-терапії. «Дискретні випробування» належать до кроків, які проводяться в програмі АВА. Діяльність або «випробування» проводять з особою, щоб отримати належну відповідь. Цей метод полягає у розбиванні завдання на частини та його сегментарного вивчення. ДПН передбачає розбивку поведінки на найбільш функціональні одиниці та представлення одиниць у серії (Терапевтична практика на основі навичок);

3) тренування з основного реагування Pivotal Response Training (PRT) – тип поведінкової інтервенційної терапії, що наголошує на

натуралістичному/інклюзивному підході до надання дітям з РАС широкої можливості брати участь і вести змістовне життя (Втручання на основі навичок);

4) LEAP (Learning Experiences: An Alternative Program for Preschoolers & Parents) (Навчальний досвід: альтернативна програма для дітей дошкільного віку та батьків) – цей підхід складається з двох компонентів, що охоплюють типову програму дошкільної освіти, та спеціально розроблену на основі типової програми для дітей з аутизмом (Когнітивна терапевтична практика).

Перспективні терапевтичні практики:

1) комунікаційна система обміну зображеннями PECS (Picture Exchange Communication System) – ця система вчить дітей і дорослих спілкуватися, вказуючи на зображення бажаних предметів, щоб подолати комунікаційний розрив між невербальними та вербальними особами (Терапевтична програма на основі навичок);

2) випадкове навчання ІТ (Incidental Teaching) – використовує природне середовище учня, яке було організовано навколо сфери інтересів учня, щоб створити цикл навчання, який охоплює спостереження та прослуховування студентом ініціації мовлення, залучення учня до постійної взаємодії, очікування відповіді, для підтримки взаємодії та надання підкріплення (Втручання на основі навичок);

3) структуроване навчання (Structured Teaching) – також відоме як ТЕАССН – (лікування та освіта дітей з аутизмом та пов'язане з ними спілкування дітей з обмеженими можливостями). ТЕАССН – це метод навчання, який зосереджується на структурованому середовищі, яке надає соціальні підказки щодо того, що відбуватиметься в певних частинах класної кімнати, забезпечуючи чіткі та встановлені межі для учнів з РАС (Втручання на основі навичок).

4) аугментативна та альтернативна комунікація (Augmentative and Alternative Communication) (AAC) – стратегії AAC допомагають особам із серйозними вадами спілкування. AAC може охоплювати використання 42 пристроїв, якими послуговуються в поєднанні зі щільшковими мовленнєвими навичками, щоб покращити, допомогти або доповнити природне мовлення (Втручання на основі навичок);

5) допоміжні технології (Assistive Technology) – закон про осіб з обмеженими можливостями визначає АТ як «будь-який предмет, устаткування, систему або продукт, який використовується для збільшення, підтримки або покращення функціональних можливостей людей з обмеженими можливостями», умови для забезпечення різноманітних приміщень або пристосувань для людей з обмеженими можливостями (Втручання на основі навичок);

6) програма спільних дій (Joint Action Routine) (JAR) – це типова взаємодія між двома або більше людьми, яка є передбачуваною, логічною та повторюваною протягом певного часу з використанням певної стратегії для стимулювання навичок спілкування. Метою JAR є розвиток спонтанної розмови та підвищення соціального розуміння шляхом частого повторення та репетиції цільової мови під час використання функціональної або мотиваційної діяльності (Втручання на основі мовних навичок);

7) когнітивно-поведінкова терапія або когнітивна поведінкова модифікація (Cognitive Behavioral Therapy or Cognitive Behavioral Modification) прагне змінити непродуктивні моделі мислення індивіда, зосереджуючись на зміні індивідуального мислення (когнітивних моделей) з метою зміни поведінки або емоційного стану (Когнітивне втручання);

8) когнітивні стратегії навчання (Cognitive Learning Strategies) – це чіткі навчальні стратегії, викладені, щоб допомогти людям у набутті та оволодінні навичками (Когнітивне втручання);

9) соціальна історія (Social Story) – коротка історія, яка описує ситуацію, концепцію або соціальні навички, використовуючи формат, значущий для людей з РАС. Це процес, результатом якого є кінцевий продукт для людини з РАС (Когнітивне втручання);

10) стратегії прийняття соціальних рішень (Social Decision-making Strategies) – призначені для того, щоб допомогти студентам проаналізувати та зрозуміти соціальне спілкування та соціальні взаємодії за допомогою техніки вирішення проблем і прийняття рішень, що дає змогу людині з РАС обмірковувати проблему чи ситуацію, запропонувати альтернативу, варіанти та стратегії, визначити наслідки та вибрати відповідний курс дій (Когнітивне втручання);

11) сенсорно-інтеграційна терапія (Sensory Integration Therapy) заснована на уявленні про те, що люди з РАС та іншими вадами розвитку мають аномальні реакції на сенсорні подразники. Сенсорна інтеграційна терапія допомагає стимулювати розвиток у дефіцитних сенсорних областях або сферах. Лікування використовує контрольоване збільшення або зменшення введення сенсорної стимуляції, щоб допомогти дитині організувати сенсорну інформацію для постійного використання (Фізіологічне/біологічне/неврологічне втручання);

12) стратегії, орієнтовані на гру (Play oriented Strategies) сприяють ігровій поведінці в трьох типах гри: символічній, функціональній та соціодраматичній через опосередковані інструкції та втручання дорослих для стимулювання розвитку соціалізації та соціальної компетентності (Терапевтичний метод на основі міжособистісних стосунків).

Спірний або науково не підтверджений терапевтичний ефект можливий від таких терапевтичних практик:

1) навчальний підхід Ван Дейка (Van Dijk Curricular Approach) – це підхід, заснований на цілях розвитку прихильності, почуттів стосовно світу, навичок структурування світу та природного спілкування (Втручання на основі навичок);

2) Fast ForWord – комп'ютерне програмне забезпечення, що в цифровому вигляді покращує мовлення та звуки для читачів, які важко читають (Втручання на основі навичок);

3) робота з мультиплікацією (Cartooning) – розмова про комікс – охоплює використання простих малюнків для ілюстрації поточної розмови. Допомагає людям із дефіцитом спілкування практикувати та розуміти швидкий обмін інформацією. Наголошує на тому, що люди можуть говорити чи робити і що вони можуть думати. Надає уявлення про перспективи;

4) когнітивні сценарії (Cognitive Scripts) – це теми, які зазвичай протікають через наші думки, які можуть впливати як на наші емоції, так і на нашу поведінку. Це ті речі, які ми говоримо собі знову і знову, часто без усвідомлення (Когнітивне втручання);

5) картки позитивного підкріплення (Power Cards) – це візуально орієнтований підхід, який розроблений для підтримки розвитку відповідної поведінки або навичок, відповідаючи особливим інтересам людини (Когнітивне втручання);

6) синдром скотопічної чутливості (Scotopic Sensitivity Syndrome) – терапевтична корекція цього синдрому, також відомого як синдром Міреса-Ірлена або синдром Ірлена. Це дуже суперечливий розлад зорового сприйняття, що впливає на діяльність на основі читання та письма. Його існування не визнають великі медичні організації, зокрема Американська академія педіатрії, Американська академія офтальмології та Американська асоціація оптометрії (Фізіологічне/біологічне/неврологічне втручання);

7) навчання слухової інтеграції (Auditory Integration Training) – також відоме як АІТ. Засноване на припущенні, що деякі діти з аутизмом можуть бути чутливими до певних звуків або тонів. Мета – переналаштувати слухову систему дитини (Фізіологічне/біологічне/неврологічне втручання);

8) вітамінна терапія (Megavitamin Therapy) – терапевтичне використання великої кількості вітамінів (диметилглїцин (DMG), природна речовина, подібна до вітаміну В, включаючи вісім вітамінів групи В (Фізіологічне/біологічне/неврологічне втручання);

9) дієта Фейнгольда (Feingold Diet) – це програма вилучення їжі, спочатку розроблена доктором медицини Б. Фейнгольдом для лікування симптомів синдрому дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ). Виключаючи певні штучні барвники, ароматизатори, консерванти та інші предмети, Б. Фейнголд повідомляє про зміни в поведінці людей зі СДУГ і, нещодавно, з аутизмом. Дієта Фейнгольда є однією з кількох різних дієт, якими пропонують впливати на симптоми РАС (Фізіологічне/біологічне/неврологічне втручання);

10) трав'яні, мінеральні та інші харчові добавки (Herb, Mineral and Other Supplements) – трав'яні, мінеральні та інші добавки – вітамінно-мінеральні добавки можуть покращувати симптоми аутизму природним шляхом.

Хоча не всі дослідники погоджуються з тим, чи є ці методи лікування науково доведеними, багато батьків і все більше лікарів повідомляють про поліпшення стану людей з РАС при використанні окремих або комбінованих харчових добавок для поліпшення проблем з порушенням всмоктування і дефіциту харчування, кишкових розладів і хронічного шлунково-кишкового запалення, а

також порушення імунної та загальної метаболічної функції (Фізіологічне/біологічне/неврологічна терапевтична практика);

11) лагідне навчання (Gentle Teaching) – це втручання, засноване на принципі, що діти з аутизмом повинні бути безастережно прийняті дорослими навколо них (Втручання в міжособистісні стосунки);

12) варіант методу: програма Сан-Райз (Option Method: Son-Rise Program) – це втручання, орієнтоване на стосунки, розроблене та впроваджене Центром лікування аутизму Америки (Втручання в міжособистісні стосунки);

13) Floor Time – називається розвиваючим підходом до терапії. Терапія на підлозі, по суті, фахівець починає працювати з дитиною один на один з початку процесу розвитку, щоб працювати над навичками, яких дитина могла не набути під час проходження стадій розвитку в віці до року (Терапевтичний підхід заснований на міжособистісних стосунках);

14) пет/анімотерапія (Pet/Animal Therapy) – передбачає терапевтичне використання домашніх/тварин для забезпечення емоційного комфорту та позитивного настрою (Терапевтичний підхід заснований на міжособистісних стосунках);

15) терапевтична програма, що ініціює розвиток стосунків (Relationship Development Intervention) – це клінічне лікування на основі батьків, яке вирішує основні проблеми, з якими стикаються ці люди з РАС. Розвиваюча та систематична: покрокова програма, яка спочатку зосереджується на формуванні мотивації, щоб навички були використані та узагальнені; з подальшим ретельним і систематичним формуванням навичок компетентності та самореалізації у складному світі (Втручання в міжособистісні стосунки);

16) арт-терапія (Art Therapy) – арт-терапія пропонує невербальну комунікацію, яку дитина може використовувати для подолання мовленнєвих труднощів, м'яко залучаючи й розвиваючи інтерес дитини до здорових міжособистісних стосунків;

17) музична терапія (Music Therapy) – цей підхід заснований на терапевтичному впливі музики. Музика може допомогти зменшити стрес, полегшити біль, служити центром уваги та покращити міжособистісні стосунки;

18) терапевтичний танець (Dance Therapy) – метод, який зараз проходить дослідження ефективності, заснований на застосуванні хореографічних практик у роботі з людьми з РАС. На відміну від ЛФК та інших видів фізичної терапії терапевтичний танець поєднує в собі правильно дозовані фізичне навантаження з музикою, релаксацією, пасивним розтягом та рухливими іграми.

Не рекомендовані практики за Річардом Л. Сімсоном [141]:

1) полегшене спілкування (Facilitated Communication) – суперечливий метод, спрямований на те, щоб допомогти людям з неврологічними порушеннями користуватися для спілкування своїми руками. Цей метод найчастіше використовується для роботи з особами з вадами розвитку, найчастіше з аутизмом і синдромом Дауна. Він також відомий як метод Hand Over Hand;

2) холдинг терапія (Holding Therapy) – це підхід, заснований на утриманні дитини з РАС в обіймах, з метою установлення особистих границь, та покращення соціального сприйняття.

Терапевтичні практики, що не ввійшли до системи класифікації Сімсона [141]:

1) відеомоделювання техніка навчання, яка використовує записані послідовності як приклади поведінки, щоб допомогти у набутті вербальних і моторних реакцій, щоб дати дитині змогу поєднати їх у довгі ланцюги поведінки;

2) SCERTS – модель SCERTS зосереджена на функціональних навичках у повсякденній діяльності в різних умовах і ґрунтується на дослідженнях унікального стилю навчання дітей з РАС. Він заснований на наукових дослідженнях та практиці, які вказують на те, що освітнє програмування має зосередитися на розвитку спонтанного, функціонального спілкування та безпечних, довірливих стосунках з дітьми та дорослими;

– підвищення здатності підтримувати добре регульований емоційний стан для навчання та взаємодії (емоційна регуляція);

– підтримка дітей, їхніх сімей та спеціалістів для максимального отримання позитивного соціального досвіду в домашніх, шкільних та громадських умовах (Transactional Support) (На основі кваліфікації);

3) медикаментозне лікування. Ліки часто використовують для лікування поведінкових проблем, таких як агресія, поведінка, наслідком якої є нанесена собі шкода, серйозні істерики, які не

дозволяють людині з РАС функціонувати ефективніше вдома або в школі;

4) терапія в домашніх умовах (In-home Therapy) – різноманітні заходи для лікування РАС, які проводяться в домашніх умовах і які також охоплюють навчання батьків для втручання (Інший);

5) підготовка професійних навичок (Vocational Skill Training) – Підготовка професійних навичок – навчання навичкам працевлаштування, навчання життєвим навичкам, освітні та громадські можливості, індивідуальні консультації щодо роботи, розвиток роботи та працевлаштування, навчання на робочому місці, подальше консультування (Інший);

6) логопедія (Speech Therapy). Логопедія для людей з РАС зосереджує увагу на різних сферах, включаючи невербальне спілкування, мовленнєву прагматику, навички розмови та концептуальні навички;

7) ерготерапія (Occupational Therapy) – це комплекс реабілітаційних заходів для людей з обмеженими фізичними та розумовими можливостями, спрямований на відновлення повсякденної побутової діяльності, а також розробки адаптивних прийомів і стратегій для подолання очевидних обмежень;

8) фізична терапія (Physical Therapy) – це комплексне застосування фізичних вправ та природних факторів з лікувальною та профілактичною метою для повного або часткового відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності людей з обмеженими фізичними та психічними можливостями.

Із поданого вище списку розберемо деякі цікаві терапевтичні практики детальніше.

АВА, або прикладний аналіз поведінки (Applied Behavior Analysis) – це наука, в центрі уваги якої є поведінка людини і можливості управління нею. У випадках застосування цього підходу в роботі з дітьми з РАС її ефективність доведена низкою досліджень. Великою мірою позитивний вплив розглянутого методу на розвиток і поведінку дитини з розладами аутистичного спектра пов'язано з тим, що АВА можна розглядати як метод, орієнтований не стільки на діагноз, скільки на конкретні проблеми та можливості кожної дитини, що дає змогу застосовувати в роботі з нею індивідуальний підхід. В основі прикладного аналізу поведінки лежить ідея, розроблена в руслі концепції оперантного обумовлення (Б. Скіннер,

Дж. Уотсон), відповідно до якої поведінка людини завжди має певні наслідки. У разі якщо наслідки подобаються людині, вона буде повторювати поведінку, що викликає їх появу; якщо наслідки не подобаються, подібна поведінка повторюватися не буде. Тож, поведінкою людини можна керувати, орієнтуючи її на можливість отримання тих чи інших наслідків.

У роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра метод АВА вперше використали доктор Івар Ловаас та його колеги (Каліфорнійський університет, Лос-Анжелес, 1963 року). Застосування Програми поведінкового втручання дає змогу сформувати у дитини з РАС систему навичок: читання, академічні, соціальні, комунікативні навички, навички самообслуговування, побутові навички і т.д.

Специфікою прикладного аналізу поведінки є те, що всі складні навички і поведінкові акти розбиваються на дрібні блоки – дії. У процесі роботи з дитиною кожну дію відпрацьовують окремо, потім ці дії-елементи з'єднують у ланцюг, утворюючи, таким способом, якісно нову, складну дію. У межах цього підходу дорослий займає досить авторитарну позицію стосовно дитини: він чітко управляє її діяльністю, будує роботу так, що правильні дії дитини закріплюються до автоматизму, а неправильні присікаються.

Досягненню бажаної поведінки сприяє використання поведінковим аналітиком різних підказок і стимулів, як позитивних, так і негативних. При цьому поведінковий навик вважається закріпленим у тому випадку, коли дитина без помилок відтворює його в 80 % ситуацій.

У межах прикладного аналізу поведінки для кожної дитини складають індивідуальну програму реабілітації. Щоб програма фізичної реабілітації була ефективною, їй необхідно приділяти достатньо багато уваги. Так, заняття в межах поведінкового підходу повинні проводитися протягом 30–40 годин на тиждень. У підсумку реалізації АВА у дитини формуються можливості самостійного освоєння навколишнього світу, самоусвідомлення, усвідомлюваного руху, а відповідно і усвідомлення припинення руху (що стосується патологічних рухів у дітей з РАС) [80, с. 90].

Техніка прикладного аналізу поведінки, яку використовують для зменшення проблематичної поведінки шляхом заохочення або підкріплення альтернативної (соціально схвалюваної) поведінки, що

виконує ту ж функцію, називається диференціальним підкріпленням альтернативної поведінки. Підкріплення за небажану поведінку при цьому утримується.

Цю техніку широко застосовують не лише з дітьми з розладами аутистичного спектра, а й при фізичній терапії поведінкових проблем, таких як агресія, спалахи гніву, самостимулююча поведінка і т. д.

Функція поведінки, яка вказує на джерело її підкріплення, як правило, знаходиться в навколишньому середовищі. З погляду АВА, поведінка має 4 основні мети:

– соціальна увага – з метою отримання соціальної уваги або будь-якої реакції від інших людей дитина з розладами аутистичного спектра може демонструвати ту чи іншу поведінку (вона може змусити дорослих подивитися на неї, посміятися над нею, пограти з нею, обійняти її або посварити);

– отримання бажаних предметів або занять – це така поведінка, при якій дитина отримує бажаний предмет або доступ до бажаного заняття (дитина кричить і волає, поки батьки не куплять їй нову іграшку (бажаний предмет) або не відведуть у цирк (заняття));

– втеча або уникнення – це така поведінка, при якій дитина хоче чогось уникнути або уникнути якоїсь ситуації (дитина може проявляти агресію, щоб педагог або батьки перестали з нею спілкуватися);

– сенсорна стимуляція – самостимулююча поведінка – це така поведінка, яка приносить дитині фізіологічне задоволення (дитина розгойдується назад-вперед, тому що це приносить їй задоволення; тоді як інша дитина потирає коліно, яке вона травмувала об край столу. І в тому, і в іншому випадках діти не намагаються отримати увагу або щось бажане, як не намагаються і уникнути якихось зовнішніх вимог).

Поведінка – це дуже динамічний процес. Вона змінюється в кожен конкретний момент часу. Поведінковий підхід досліджує, що буде відбуватися з поведінкою дитини в майбутньому або, точніше, з імовірністю виникнення поведінки дитини в майбутньому. Визначивши мету поведінки дитини, можна її поведінку підкріпити, тобто посилити або, навпаки, послабити. У зв'язку з цим розрізняють:

– позитивне посилення (підкріплення) – це така поведінка, яка допомагає дитині щось отримати і яка призводить до появи певної події, пов'язаної зі збільшенням появи цієї поведінки в майбутньому;

– негативне посилення (підкріплення) – це така поведінка, яка дає змогу дитині чогось уникнути або призводить до того, що щось забирається.

Підкріплення (посилення) – це процес, за допомогою якого цільова поведінка посилюється, якщо підкріплення йде відразу після поведінки і воно є одним із найважливіших принципів виникнення поведінки в більшості поведінкових програмах.

Якщо фахівець, який працює з дітьми із розладами аутистичної сфери, хоче закріпити бажану поведінку, то відразу після виконання завдання має відбуватися одночасне підкріплення (посилення) і, навпаки, для того, щоб ненормативна поведінка не закріплювалася – не варто її підкріплювати.

Ослаблення (покарання) – це процес, який іде відразу за поведінкою і при цьому зменшується ймовірність виникнення цієї поведінки в майбутньому. Як у випадку з посиленням, розрізняють позитивне ослаблення – коли в навколишньому середовищі після поведінки щось додається, і негативне ослаблення, коли в навколишньому середовищі після поведінки щось зникає.

Реакція згасання – це припинення підкріплення тієї поведінки, яка до цього посилювалася, тобто після чого цільова поведінка згасає. Процедура згасання реакції повинна виконуватися обережно і тільки під наглядом фахівців, оскільки вона супроводжується так званим «вибухом». Перелічимо основні характеристики «вибуху»:

- сильні емоційні реакції, в тому числі агресія та істерика;
- поява нових видів поведінки, яких до процедури згасання не було.

Отже, АВА на заміну небажаної поведінки завжди дає альтернативну, тому що перша має тенденцію повторюватися за відсутності іншого «шаблону». Наприклад, якщо дитина під час каністерапії (метод лікування і реабілітації з використанням спеціально відібраних і навчених собак) б'є собаку, то варто надати дитині альтернативну поведінку – навчити гладити її, і кожного разу, коли дитина буде сама гладити її – заохочувати дитячу

поведінку значущими для підопічного речами (стимулами). Найбільш імовірно, що згодом дитина буде тільки гладити собаку, оскільки її неадаптивна поведінка (побиття собаки) поставили на «вимирання» і ніяк не підкріплювали, а бажану поведінку закріплювали позитивними реакціями.

Як вже зазначалося вище, вирішення питань фізичної терапії розладів аутистичного спектра в більшості випадків потребує комплексного підходу. У зв'язку з цим на практиці досить часто ті чи інші основні методи корекції РАС поєднуються з іншими методами, прийомами, підходами, які в більшості випадків можуть розглядатися як додаткові, що створюють умови і передумови для ефективнішого розвитку дітей зазначеної групи. До останніх, наприклад, можна віднести холдинг-терапію, методи альтернативної комунікації, пет-терапію та ін.

Холдинг-терапію з успіхом використовують у комплексній реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра у віці від 3 до 12 років (а в окремих випадках і в більш старшому віці).

Метод холдинг-терапії (від англ. holding – тримати в руках) розробив М. Велч як спеціальну техніку для роботи з аутистичними дітьми [119, с. 8]. Суть методу полягає у тому, що в спеціально відведений час занять з психологом мати бере свою дитину на руки і міцно притискає її до себе. Дитина повинна сидіти у матері на колінах, притиснутою до грудей, так, щоб у неї була можливість подивитися їй в очі. Не послаблюючи обіймів, незважаючи на опір дитини, мати говорить про свої почуття, любов до сина або дочки.

Традиційний сеанс холдинг-терапії охоплює такі етапи: конфронтація, відкидання (або опір), дозвіл. При всій зовні уявній простоті цього методу (по суті, все, що потрібно від матері, – це утримувати свою дитину й емоційно взаємодіяти з нею) необхідно розуміти, що він є дуже складним і енергетично витратним як у фізичному, так і в психологічному плані. Так, під час сеансів дитина може чинити сильний фізичний опір, утримати її при цьому нелегко. Крім того, на перших етапах сеансу холдинг-терапії дитина відчуває виражений емоційний дискомфорт, і матері важко продовжувати роботу, бачити її страждання. Водночас протягом усього сеансу не можна поступатися наростаючому опору дитини: з нею необхідно намагатися встановити зоровий, емоційний і вербальний контакт. Відпускають дитину тільки при появі

релаксації, формуванні у неї готовності до спілкування з близьким дорослим [119, с. 8].

До протипоказань щодо проведення холдинг-терапії фахівці відносять: важкі соматичні (гострі або хронічні) захворювання батьків або дитини; ситуацію неповної сім'ї; опір батьків, їхня емоційна неготовність до холдинг-терапії [27, с. 170].

На думку дослідників, холдинг-терапія має виключно стресовий вплив на дитину, а не формує і не розвиває емоційні реакції та соціальну взаємодію з навколишнім світом дитини з розладами аутистичного спектра [54, с. 29].

В Україні холдинг-терапію застосовують як у класичному, так і в модифікованому варіанті, як для лікування аутизму, так і для реабілітації дітей з відхиленнями в поведінці, усиновлених дітей-сиріт, проте поширення не отримала. Варто відзначити, що М. Велч у 2012 році опублікував заяву про неефективність холдинг-терапії щодо лікування аутизму та створив новий метод, заснований на холдингу, для лікування реактивного розладу прихильності у дітей (prolonged parent-child embrace, PPCE) [119, с. 5].

Ця методика, крім слабкого емпіричного обґрунтування, охоплює елементи жорстокості стосовно до дітей, зазнає наукової критики за кордоном і в Україні, а також віднесена до методик, здатних завдати потенційну шкоду здоров'ю дитини [114, с. 70]. У доповіді Американської професійної спільноти з жорстокого поводження з дітьми (American professional society on the abuse of children's), яка була підтримана Американською психологічною асоціацією (American psychological association), відзначається спірне ставлення до різновидів подібних технік, пов'язуючи їх зі шкідливими наслідками для здоров'я дітей, аж до смертельних випадків [40, с. 30].

Методику TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) розробили Е. Шоплер, Р. Райхлер та Г. Месібов – співробітники Школи медицини Університету Північної Кароліни на початку 1970-х років. У перекладі на українську мову ця аббревіатура може бути перекладена як «Лікування та освіта аутичних дітей і дітей з порушенням комунікативних здібностей». Ця методика активно розвивалася і вдосконалювалася та нині застосовується в межах державної

програми навчання дітей з розладами аутистичного спектра в деяких штатах США, а також у Бельгії і Данії.

В якості основної мети реалізації ТЕАССН-програми виступає підвищення рівня самостійності та незалежності дитини, її впевненості в собі в особливих, обмежених або штучно створених умовах. У межах ТЕАССН особливе значення надається співробітництву батьків і фахівців, що допомагає закріплювати нові навички і забезпечує таким способом комплексність корекційного впливу.

Застосування ТЕАССН-програми передбачає роботу з дитиною за такими напрямками: сприйняття; імітація; координація очей і рук; велика моторика; дрібна моторика; мова; елементарна пізнавальна діяльність; соціальні відносини; самообслуговування.

Зміст роботи у кожній із зазначених сфер відповідає рівню розвитку дитини, що визначається за допомогою застосування Профілю психологічного розвитку (PEP, Е. Шоплер, Р. Рейчл). Так, передбачені комплекси завдань для дітей, рівень яких відповідає віку від 0 до 2-х років (перший рівень); від 2-х до 4-х років (другий рівень), від 4-х до 6-ти років (третій рівень).

Застосування ТЕАССН-програми передбачає врахування низки моментів. Вважається що оскільки повноцінна адаптація дитини з розладами аутистичного спектра до навколишнього світу неможлива, то зусилля варто спрямувати на створення умов, які б максимально відповідали особливостям її розвитку і потребам. При цьому широко використовують такі методичні прийоми, як структурування часу і простору, візуальні опори, складання різних видів розкладу та ін. Питання про необхідність навчання дитини мовленню і мові вирішується неоднозначно. Воно вважається доцільним лише при досить високому рівні інтелектуального розвитку ($IQ > 50\%$). У будь-якому випадку значну увагу приділяють питанням розвитку невербальних форм комунікації. Формування академічних і професійних навичок також не входить у коло пріоритетів фахівців, що реалізують цей підхід у корекції РАС. Найбільш значним є розвиток побутових навичок, здатності до самообслуговування [27, с. 160].

У результаті застосування ТЕАССН-програми в більшості випадків не вдається досягти високого рівня адаптації осіб з РАС до умов реального життя. Водночас орієнтація на можливості та

потреби дітей з розладами аутистичного спектра, створення необхідних умов життєдіяльності, які відповідають їм, допомагають досягати позитивних змін у розвитку дитини.

Сенсорна інтеграція – це організація сенсорних сигналів, завдяки якій мозок забезпечує ефективні реакції тіла і перцепцію, формує емоції та думки. Сенсорна інтеграція становить упорядкування відчуттів, які потім будуть використані з певною метою. Відчуття дають інформацію про фізичний стан людського тіла і навколишнього середовища. Вони направляються в мозок подібно до потічка, що впадає в озеро. Кожну мілісекунду в людський мозок надходить численна кількість сенсорної інформації – не тільки від органів чуття, а від усього тіла.

Кожна людина володіє також особливим відчуттям, яке фіксує дію сили тяжіння і переміщення тіла відносно землі [23, с. 67]. Говорячи про сенсорну інтеграцію, необхідно відзначити, що вона є несвідомим процесом, що відбувається в головному мозку (людина не замислюється про неї, як не замислюється про дихання). Сенсорна інтеграція організовує інформацію, отриману за допомогою органів чуття, наділяючи значенням відчуття, фільтруючи інформацію і відбираючи те, на чому треба сконцентруватися. Вона дозволяє людині осмислено діяти і реагувати на ситуацію, в якій вона перебуває, і формує базу для теоретичного навчання та соціальної поведінки [23, с. 67].

Для аутизму характерні багато симптомів порушення обробки сенсорної інформації. Взаємодіючи з фізичним світом, такі діти відчувають значні труднощі: їхня здатність взаємодіяти з навколишнім середовищем дуже слабка. Однак дитина з розладами аутистичного спектра стикається з додатковими сенсомоторними труднощами і з проблемами в інших сферах [84, с. 212].

Існують три види обробки сенсорних сигналів, які часто зустрічаються у дітей з розладами аутистичного спектру. По-перше, сенсорний сигнал «не реєструється» мозком належно, тому дитина на одні речі не звертає уваги, а на інші реагує занадто різко. По-друге, зустрічається погана модуляція сенсорних сигналів, особливо вестибулярних і тактильних: через це розвивається гравітаційна невпевненість або тактильна гіперчутливість. По-третє, дає збої ділянка мозку, що відповідає за спонукання до дій, особливо нових, або ж до зміни дій (лобова частина): через це виявляється інтерес до

справ, які зазвичай вважаються конструктивними і корисними [84, с. 212].

Однак таким дітям можна допомогти, послуговуючись терапією сенсорної інтеграції та стимуляції, яка отримала назву предметотерапії. Цю методику розробив американський трудотерапевт Дж. Айрес, яка працювала з дітьми і дорослими з неврологічними порушеннями. Терапія за допомогою сенсорної інтеграції ґрунтується на припущенні, що дитина або надто збуджена, або недостатньо збуджена навколишнім оточенням. Тобто дисфункція сенсорної інтеграції викликана двома основними причинами:

- 1) дитина отримує занадто багато чуттєвої інформації, її мозок перевантажений;
- 2) дитина не отримує достатньої кількості чуттєвої інформації, вона починає її шукати.

У разі аутизму метою терапії, заснованої на сенсорній інтеграції, є поліпшення обробки сенсорної інформації заради більш ефективної «реєстрації» та модуляції відчуттів, а також допомога у формуванні простих адаптивних відповідей як засобу організації поведінки. Якщо терапія виявляється ефективною, вона значно поліпшує життя дитини. Сенсорний досвід може стати важливою частиною програм втручання [84, с. 212].

Отже, мета сенсорної інтеграції – удосконалювати здатність мозку обробляти сенсорну інформацію, так, щоб дитина починала краще комунікувати в повсякденному житті. Недооцінити значення стимуляції сенсорного сприйняття світу не можна. Саме через розвиток сенсорики ми даємо дитині механізм пізнання світу.

Кінезотерапія – назва виникла від Kinezio (рух) + терапія – «лікування», або лікування через рух. Кінезотерапія є однією з форм фізичної терапії, коли, виконуючи активні і пасивні рухи, певні вправи лікувальної гімнастики та вправи на тренажерах, досягається запланований та передбачений планом фізичної терапії терапевтичний результат. Кінезотерапія – це активний метод лікування, за якого пацієнт повноцінно бере участь в оздоровчому процесі. Таким способом у дитини зростає мотивація, виникає віра у власні сили та встановлення контролю над хворобою, що прискорює та сприятливо впливає на відновлення. В ігрову кінезотерапію з дітьми з розладами аутистичного спектра входить комплекс

методик для реабілітації та укріплення здоров'я. Важливою складовою також є масаж. З огляду на особливу рухливість дітей, масаж виконують у вигляді гри [100].

В останні роки все більше дітей потребують нейропсихологічної допомоги. Це не дивно, тому що світ і соціальні обставини стрімко змінюються, а рівень здоров'я матерів і їхніх дітей залишає бажати кращого. Навіть цілком благополучні діти не встигають, та й не мають можливості і ресурсів повноцінно розвинути всі свої рухові, мовні та сенсорні здібності. А кількість дітей з різного роду проблемами розвитку неухильно зростає.

При реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра, особливо у дітей з яскраво вираженими сенсорними і поведінковими проблемами, які важко йдуть на контакт, ефективним є класичний нейропсихологічний підхід. Хоча цей підхід працює не з усіма дітьми з аутистичними розладами. Діти можуть «не почути», чи «не бачити» фахівця, занурюючись у свій світ.

У більшості випадків одним із симптомів розладів аутистичного спектра є відсутність або виражена своєрідність розвитку мовлення. У подібних випадках певною мірою згладити труднощі спілкування з оточуючими може застосування альтернативних способів комунікації. До їх числа відносять різні варіанти жестової мови, спілкування за допомогою символічних карток, використання технічних та електронних пристроїв, що озвучують те чи інше слово або фразу і т. д. Застосування цих прийомів дає змогу дитині з РАС, яка не володіє усним мовленням, повідомляти оточуючим про свої потреби, бажання, емоції. У низці випадків батьки дітей-аутистів уникають використання методів альтернативної комунікації, оскільки бояться, що в подібному випадку дитина так ніколи і не заговорить. Однак дослідження показують, що застосування методів альтернативної комунікації не тільки не перешкоджає оволодінню дитиною усною мовою, але в низці випадків навіть стимулює і полегшує її.

Найбільшого поширення серед методів цієї групи отримала система комунікації обміном зображеннями (PECS). У руслі цього підходу дитина з РАС, яка не говорить, вибирає і показує картки зі зображенням бажаного заняття або об'єкта. Реалізація цього методу передбачає кілька етапів, на яких дитину вчать вступати в

комунікативні відносини з оточуючими, вибирати адекватні ситуації картинки-зображення, доносити необхідну інформацію до опонента і т. д. Нормалізації поведінки і діяльності дітей з розладами аутистичного спектра сприяє застосування різних видів візуальної підтримки: візуальні кордони в приміщенні, покрокові інструкції в картинках, розклад дня, картинки-підказки та ін. Наочне зображення майбутніх дій і подій допомагає дитині-аутисту синтезувати їх в логічну послідовність, у результаті чого можливими стають формування різних форм соціально прийнятної поведінки, розвиток самостійності у дитини з РАС.

На особливу увагу при реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра заслуговують ігрові методики. Програма Son-Rise призначена для допомоги дітям, які страждають на аутизм. Вона була створена більше тридцяти років тому подружжям Баррі і Самарією Кауфманами, у яких одна з дітей мала аутизм. Вважається, що приєднання дорослого до стереотипної поведінки дитини дає ключ до розуміння такої поведінки. Це полегшує встановленню зорового контакту, розвиває взаємодію і дає можливість включитися в гру дитини. Наприклад, коли дитина фанатично стукає по предметах, їй не тільки це дозволяється, але і даються додаткові предмети – постукати молоточком, брязкальцем, паличкою, загорнутою в ганчірку. В основі навчання й освоєння паличок лежить опора на власну мотивацію дитини. Навчання через гру призводить, на думку прихильників цієї методики, до ефективної та осмисленої взаємодії і комунікації. На жаль, методика не підходить для корекції складних розладів аутистичного спектра, а також для корекції дітей, старших 5-річного віку, в яких «відхід» в «інший» світ уже відбувся досить глибоко. Ця методика також не застосовується до дітей, які мають яскраво виражені афективні сплески (для депресивних і вкрай агресивних дітей), та дітей з глибокими стадіями розумової неповноцінності. Зате для дітей, які мають багато нав'язливих страхів, саме ця методика у разі планомірного і повільного підключення дорослого, допомагає налагодити контакт з педагогом.

Плюсами цієї методики називають такі: приєднання до повторюваних (аутостимуляція) і ритуальних дій дитини (вибудовування об'єктів в лінію) дає змогу заблокувати таємницю цієї поведінки і підсилює зоровий контакт, соціальний розвиток і

включення інших у гру. Використання власної мотивації дитини підсилює ефект від навчання. Навчання через інтерактивну гру веде до ефективної соціалізації. Батьки як найважливіший і довготривалий ресурс забезпечують контроль і сталість процесу навчання.

Мінусами методики є те, що:

– немає схеми роботи над конкретними навичками, тому нерідкими є випадки помилковості у виборі методів вироблення навички;

– вважається, що тільки батько чи мати може навчати дитину, хоча це не так. Найчастіше дитина, що навчалася за цією програмою, ефективно вступає в спілкування з близькими і добре знайомими людьми, а в незнайомій обстановці «губиться»;

– батьки часто доходять до неправильного висновку, що все, що потрібно робити – це любити дитину, а спеціально спрямовані заняття не потрібні;

– частина навичок, які дійсно важливі для дитини, але до яких дитина через особливості захворювання не прагне, просто вислизують з спектра розвиваючої роботи з дитиною. Одночасно у дітей з глибокими порушеннями психіки та інтелекту прагнення до пізнання світу настільки знижене, що ефективність занять вкрай низька.

Ще один метод ігрової терапії – «Міфне» був розроблений в Ізраїлі в центрі «Міфне» в Рош-Піна. Ця терапія ґрунтується на тому, що діти з РАС можуть підтримувати, сприймати і засвоювати взаємини тільки в тому випадку, коли навколишнє середовище є безпечним для них. У деяких дітей після проходження Міфне знімають діагноз аутизм. У цьому методі ігрове втручання починається ще в ранньому віці. Між дитиною і батьками встановлюються довірчі відносини, вони обмінюються грою, предметами. Суть методу в тому, що фахівець намагається мобілізувати дитину з РАС без будь-яких вимог і умов, встановлюючи у такий спосіб довірчий контакт, відповідаючи на прояви малюка. У дитини з РАС поступово у відповідях на питання дорослого з'являється впевненість і хоробрість.

Останнім часом популярності набуває підхід DIR-Floortime, що дозволяє дитині знайти теплі емоційні стосунки з фахівцем, який стає їй веселим другом, а не суворим учителем.

Основоположником методики Floortime вважають психіатра С. Грінспана. Цей підхід орієнтований на розвивальне втручання і взаємодію з дитиною, яка страждає розладом аутистичного спектра. Іншою назвою цієї методики є DIR-метод: Developmental – викликає розвивальну функцію, Individual differences – враховує індивідуальні особливості кожної дитини з РАС, Relationship-based – заснована на побудові відносин [29, с. 14].

На думку С. Грінспана, в своєму розвитку дитина проходить 6 стадій:

- 1) стадія інтересу до світу (до 3-х місяців);
- 2) стадія прихильності (до 9-ти місяців);
- 3) стадія двосторонньої комунікації (до 9-ти місяців);
- 4) стадія усвідомлення себе (до 1,5 років);
- 5) стадія емоційних ідей (до 2,5 років);
- 6) стадія емоційного мислення (до 4-х років).

У більшості випадків діти з розладами аутистичного спектра не проходять послідовно всі ці стадії, а зупиняються на одній із них. У такому випадку цим дітям потрібно допомогти пройти через всі зазначені стадії за допомогою методики Floortime.

Основний зміст методики Floortime/DIR і специфіка її застосування в роботі з дітьми з РАС описав Стенлі Грінспан у книзі «Цікавий аутизм», де вона називається «Час, який провели на підлозі». У процесі роботи з дитиною-аутистом раннього віку батьки та педагоги опускаються перед нею на коліна, сідають разом з нею на підлогу. При цьому будь-яким діям дитини, в тому числі і стереотипним, патологічним, надається характер спільної цікавої взаємодії. Подібний прийом допомагає встановити контакт навіть у випадках найбільш вираженої аутистичної симптоматики. Приєднання дорослого до діяльності дитини викликає у неї ту чи іншу реакцію, слідом за якою формується готовність до більш конструктивної взаємодії. Центральним моментом у реалізації цього підходу є положення, що фахівець (фізичний терапевт, реабілітолог, педагог та ін.) виступає в ролі помічника дитини, тоді як сама дитина в подібній взаємодії стає головною фігурою, розвивається як особистість. У процесі взаємодії фахівець відштовхується від тих видів діяльності та ідей, які реалізує дитина, розвиває їх, за допомогою різних прийомів спонукає дитину зайняти більш активну позицію, ввести дорослого в правила гри і поведінки та

руху. Внаслідок такої позиції відбуваються стимулювання когнітивного, емоційного розвитку дитини-аутиста, формування у неї навичок міжособистісної взаємодії [27, с. 162].

DIR-Floortime допомагає фахівцям, які працюють з дітьми із розладами аутистичного спектра, скласти більш ефективну індивідуальну програму розвитку дитини. Адже цей підхід передбачає орієнтацію на:

- індивідуальні особливості дитини, тобто здатності до обробки рухової і сенсорної інформації;
- актуальний рівень її функціонально-емоційного розвитку, тобто рівень розвитку здібностей відчувати теплі почуття при спілкуванні, використовувати жести та міміку для позначення своїх емоцій і бажань, мову – для спілкування, вміння вибудовувати логічні зв'язки між поняттями;
- зміцнення теплих і довірливих відносин між дитиною та близькими людьми.

При досягненні 5–6-го рівня функціонально-емоційного розвитку заняття з підходом DIR-Floortime може мати чітку структуру: частина часу займає вільна гра, частина часу заняття з фахівцем. На цьому етапі розвитку дитина може більш тривалий час залишатися спокійною і уважною, виконувати інструкції, вона набуває навички цілеспрямованої емоційної взаємодії і вирішення проблем, з легкістю відкриває і закриває комунікативні цикли. На базі цих навичок на 5-му і 6-му ступенях функціонально-емоційного розвитку у дитини активно розвиваються мова, рольова гра і зароджується логічне мислення. Тепер частина заняття займає нейропсихологічна корекція, а частина залишається для вільної гри.

Важливу роль у розвитку дитини із розладами аутистичного спектра, на мою думку, відіграють різні арт-терапевтичні форми роботи – «спілкування з піском», малювання, ліплення, гончарне мистецтво, терапія танцем та ін. Окрім розвитку дрібної моторики, ці форми спілкування дитини зі світом творчості сприяють розвитку символічного мислення, творчої уяви, фантазії, постановці мови, формуванню вміння відчувати власне тіло, а головне – набуття навичок взаємодії з батьками, іншими дорослими і дітьми.

Заняття в арт-студії дають змогу дітям з РАС за допомогою художньо-творчої діяльності проявити себе, отримати досвід емоційно позитивної комунікації. Досвід позитивної комунікації, що

виникає в арт-терапевтичному процесі між дітьми з розладами аутистичного спектру та дорослим, сприяє розвитку у дитини емоційної чуйності, спонукає його до творчості, самовираження, і одночасно допомагає зняттю внутрішньої напруги, тривожності, невпевненості.

На сьогодні з успіхом у фізичній та психічній реабілітації дітей з РАС використовуються різні різновиди арт-терапії (музичної, хореографічної, художньої, театральної та ін.).

Наступна нетрадиційна технологія роботи з аутистичними дітьми, яка використовується фізичним терапевтом – це натур-терапія, «терапія природою». Особливо варто наголосити роль сенсорної стимуляції в активізації психічної діяльності дезадаптивних дітей. Можливості пробувати нові види рухів – лазання, повзання, балансування (звичайні похідні ситуації), відчувати різноманітні тактильні, слухові і зорові відчуття, перебувати під впливом мінливих погодних умов, виявляються дуже важливими для розвитку і вдосконалення процесів сенсорної інтеграції, порушених у дітей з РАС і важкими органічними порушеннями. Диференціювання процесів сприйняття, розширення обсягу самостійних рухів, спільне планування діяльності, усвідомлення своєї участі в ньому підвищують адаптаційні можливості дитини, сприяють появі нового соціального й особистого досвіду, а активізація емоційного та мовного спілкування допомагає спробам висловити і довести цей досвід. Ці та інші технології використовуються в роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра. Вибір тієї чи іншої технології фахівці роблять з урахуванням особливостей розвитку та реальних можливостей кожної дитини.

Взаємодія з людьми є важковирішуваним завданням для більшості дітей з розладами аутистичного спектра. У таких випадках у ролі свого роду посередників такої взаємодії можуть виступати різні тварини. Терапія і лікування за допомогою тварин відома як «анімотерапія» (від *лат.* «*animal*» – тварина) або «фаунотерапія», а також «зоотерапія», «пет-терапія». Лікування за допомогою тварин є одним із перспективних напрямів надання корекційної допомоги особам з розладами аутистичного спектра. Пет-терапію можна проводити з собаками, дельфінами, кіньми, кішками.

Анімалотерапія як самостійний метод реабілітаційної роботи з дітьми почала набувати популярності з початку ХХ століття завдяки американському дитячому психіатру, піонеру цього напрямку – Б. Левінсону.

Спілкування з тваринами розширює поведінковий репертуар дитини-аутиста, сприяє формуванню навичок комунікації, гармонізує емоційний стан. Окрім того, залучення тих чи інших тварин до корекційної роботи володіє специфічними особливостями. Метод дельфінотерапії – це реабілітаційний комплекс, спрямований на соціально-психологічну і фізичну адаптацію, абілітацію та реабілітацію дітей з особливостями розвитку для інтеграції в сучасний соціум. У нашому варіанті методу спочатку закладений комплекс позитивних ефектів, які досягаються при використанні в період сесій таких фрагментів, як психологія спілкування, психологічна корекція, психотерапія, таласотерапія, гідрокінезотерапія, ультразвукова дія [23, с. 45].

У разі дельфінотерапії простежується комплексний вплив на організм людей: поєднання впливу ультразвукових хвиль, випромінюваних дельфіном, з руховою активністю і потужним психологічним впливом. Цей метод уперше був використаний у Великобританії в 1978 році і в цей час отримав досить вагоме поширення в різних країнах. Зазвичай курс дельфінотерапії включає 10 сеансів по 20–30 хвилин. Подібні курси рекомендується повторювати 1 раз на 4–6 місяців.

У процесі іпотерапії (лікування за допомогою коней) відбувається корекція моторної сфери: під час руху кінь робить більш 100 коливальних рухів за хвилину, при цьому вершник повинен утримувати рівновагу. Удосконалюється також дрібна моторика, що пов'язано з необхідністю управляти конем. Масажний і розігрівуючий ефект, що виникає в процесі верхової їзди, сприяють поліпшенню харчування головного мозку, що робить позитивний вплив на розвиток пізнавальної сфери дитини. Взаємодія з конем також має потужний емоційний і енергетичний потенціал.

Особливості фізичної реабілітації дітей з РАС засобами амалотерапії:

– корекція емоційно-вольової (афективної) сфери – навчання цілеспрямованої регуляції поведінки, викликані потребами того чи

ишого рівня, і задоволення цих потреб у соціально прийнятній формі;

- навчання навичкам управління власним тілом, розпізнавання його потреб і встановлення контролю над ними;
- корекція і розвиток рухової (моторної) сфери;
- розширення уявлень про навколишній світ;
- розвиток психічних функцій (сприйняття, увага, пам'ять, мислення, мова) [92, с. 169].

Каністерапія (від *лат. Canis* – собака; *грец.* терапія – лікування) – метод медичної та соціальної реабілітації, в якому головним реабілітаційним засобом виступають спеціально відібрані і навчені собаки. Каністерапія є різновидом анімалтерапії і часто розглядається як психотерапевтична методика. Каністерапія являє собою один із видів лікування та реабілітації дитини із РАС зі залученням спеціально підготованих собак. Основною метою застосування каністерапії в роботі з аутистами є розвиток у них контактності (збагачення сенсорної сфери, формування та закріплення навичок поведінки, спілкування і діяльності). При цьому дорослі (каністерапевти) організують і координують взаємодію дитини та собаки, наповнюють її специфічним корекційним змістом. Подібні заняття можуть проводитися як індивідуально, так і в групах.

Учені експериментально довели, що 15-хвилинне погляджування собаки приводить в норму серцеву діяльність, покращує настрій, а на рівні вегетативної нервової системи відбувається зниження гормонів стресу, нормалізуються пульс людини і частота її дихання, знижується артеріальний тиск. Це призводить до поліпшення настрою, зниження рівня тривожності, мобілізації внутрішніх ресурсів організму. Після сеансів каністерапії дитина стає спокійною, готовою до взаємодії з оточуючими людьми.

Автори низки сучасних досліджень [50; 88] вказують, що вона сприяє розвитку розумових і емоційних здібностей, поліпшенню рухових функцій і моторики, підсилює ефективність розвитку особистості при корекції, реабілітації та соціальної адаптації дітей з особливостями розвитку. Існують програми для дітей з РАС для їх загального розвитку, підвищення інтересу до пізнання зовнішнього світу.

Можливість використання собаки пов'язана з тим, що ці тварини володіють певними властивостями, подібними до людських, як-от: емоційність, здатність виражати свої переживання діями, звуками, мімікою, реакцією на комунікативні ініціативи людини [88, с. 24]. Собаки-терапевти, як і собаки-поводирі, проходять тривалу і ретельну підготовку. Кожна така тварина отримує диплом «собака-терапевт» і стає унікальним явищем. Для цієї складної ролі відбирають особливих собак. До собаки висувають особливі вимоги: спокійний, врівноважений характер; відсутність агресії стосовно людей; високі навички спілкування; відсутність різкої реакції на гучні звуки або різкі дії. Порода собаки не має значення.

Можливості каністерапії досить широкі (А. Суботін, А. Медведєв та ін.). Собака-терапевт може бути використана в роботі з дітьми з різними аутистичними розладами. Особливий напрям каністерапії пов'язаний із можливістю її використання в комплексній реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра. Вперше припущення, що ігрова взаємодія зі собаками може поліпшити соціо-комунікативні здібності дітей з аутизмом, висловив Б. Левінсон. За його словами, ««собаки, що бачать серцем» можуть поліпшити емоційне здоров'я дітей з аутизмом» [88, с. 46]. Дослідження показують, що в аутичних дітей відзначають помітне збільшення просоціальної поведінки, знижується заглибленість у себе в результаті контакту з доброзичливою собакою, мінімізується небажана поведінка, зменшуються типові прояви аутистичного захисту. Діти приєднуються до простих ігор з терапевтом, ініціюють заняття, даючи терапевту кульки, м'ячі, простягаючи руки для обіймів чи дружно імітуючи дії терапевта [50, с. 77].

Фелінотерапія – лікування за допомогою кішок. Кішки допомагають при лікуванні багатьох недуг у людини. Особливо це помітно у дітей з розладами аутистичного спектра. Кішка, як і будь-яка інша тварина, є провідником між дитиною і зовнішнім світом. Вона вчиться спілкуватися, довіряє свої секрети, стає спокійнішою, врівноваженою, починає цікавитися навколишнім світом. Але й у цій терапії є свої протипоказання: не можна вдаватися до лікування фелінотерапією людям, у яких є алергія на шерсть, відкриті рани на тілі, негативне ставлення до кішок.

Необхідно розуміти, що в пет-терапії можуть бути задіяні тільки спеціально підготовані, навчені тварини, спілкування з якими буде корисне дитині з розладами аутистичного спектра, і які не завдадуть їй психологічну чи фізичну травму.

Отже, проведений аналіз актуальних підходів до корекції розладів аутистичного спектра дає підстави констатувати їх кількісну і якісну різноманітність. У кожного методу є свої прихильники та противники. Крім того, необхідно розуміти, що розлади аутистичного спектра є своєрідним типом розвитку, симптоми якого в різних випадках можуть варіюватися, а іноді навіть суперечити один одному. У зв'язку з цим, той метод, який виявився дієвим у роботі з однією дитиною-аутистом, може виявитися неефективним для іншої.

Вибираючи той чи інший підхід до реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра, необхідно враховувати низку чинників: структуру дефекту, психологічний вік дитини, наявність кваліфікованих фахівців, можливість взаємодії з представниками найближчого соціального оточення та ін. Існують проблеми, з якими стикаються люди з РАС щодо виконання певних вправ. Тому дослідження і зосереджені на інноваційних способах впровадження фізичної реабілітації у план лікування РАС у дітей та підлітків. Одним із таких нововведень є Exergaming.

Незважаючи на те, що це все ще нова галузь дослідження, він займається пошуком різних способів залучення фізичної терапії в життя аутистів і вирішення проблем, які є супутніми або виникають у звичайній програмі фізичної реабілітації. Наприклад, деякі результати досліджень вказують на те, що Exergames можуть бути потенційними інструментами для лікування дітей та підлітків з РАС. Exergaming, це поєднання відеоігор та фізичної терапії з учасниками онлайн. Позитивним моментом у застосуванні цього методу є те, що він заснований на грі і пацієнти не акцентують увагу на виконанні спеціальних вправ, а виконують їх в ігровій формі зі задоволенням. Це збільшує прихильність до цієї методики фізичної терапії.

Зокрема, М. Зао (M. Zhao) та С. Чен (S. Chen) показали, що переваги сприймаються лише з погляду фізичної терапії. Потрібні додаткові дослідження в цій галузі, щоб висвітлити вплив Exergaming на стереотипну поведінку, соціальні та когнітивні навички [130].

Отже, розлади аутистичного спектра – біологічно обумовлене порушення психічного розвитку, що охоплює дефіцитарність афективної і когнітивної сфер психіки. РАС включають різноманітні порушення психічного розвитку, які викликають труднощі в соціальній адаптації. Формування цього типу дизонтогенезу пов'язане з важкою дефіцитарною організацією відносин дитини зі світом. Характерні порушення відносин з предметним і соціальним світом, труднощі активної переробки інформації; загальна затримка розвитку уявлень про повсякденну навколишню дійсність, їх бідність, фрагментарність, розрізненість, недостатність смислових зв'язків.

У виникненні розладів аутистичного спектра відіграють роль найрізноманітніші чинники: генетичні, соматогенні, психогенні, соціогенні. Дані сучасних досліджень істотно розширили і поглибили відомості про патогенез при РАС. Поява нових наукових даних поліпшила розуміння того, як розвивається та або інша форма аутистичного розладу, а це своєю чергою є основою для розроблення точніших і перспективних підходів до лікування і корекції РАС, відповідно до структури і специфіки дефекту.

Проаналізовано інноваційні технології фізичної та психічної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра (корекційні підходи директивного впливу, методи структурованої терапії, ігрові методи реабілітації, арт-терапевтична реабілітація, анімалотерапія). За допомогою детального аналізу вітчизняної та міжнародної практики інноваційних методик з фізичної та психічної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру було розроблено підхід та план фізичної реабілітації, на основі якого проводилося магістерське дослідження. При виборі підходу до фізичної терапії розладів аутистичного спектра варто враховувати такі чинники, як: характер структури дефекту; організаційні можливості, оскільки важливо, щоб у наявності були фахівці, що володіють методиками роботи в межах згаданих підходів; вік дитини на момент початку корекційної роботи є важливим фактором, що впливає на рішення про те, застосування якого підходу є найбільш адекватним; соціальна ситуація, розвитку.

Як висновки можемо зазначити наступне.

Розлади аутистичного спектра – біологічно обумовлене порушення психічного розвитку, що охоплює дефіцитарність

афективної і когнітивної сфер психіки. Формування цього типу дизонтогенезу пов'язане з важкою дефіцитарною організацією відносин дитини зі світом. Характерні порушення відносин з предметним і соціальним світом, труднощі активної переробки інформації; загальна затримка розвитку уявлень про повсякденну навколишню дійсність, їх бідність, фрагментарність, розрізненість, недостатність смислових зв'язків.

У виникненні розладів аутистичного спектра відіграють роль ширізономанітніші чинники: генетичні, соматогенні, психогенні, соціогенні. Дані сучасних досліджень істотно розширили і поглибили відомості про патогенез при РАС. Поява нових наукових даних поліпшила розуміння того, як розвивається та або інша форма аутистичного розладу, а це своєю чергою є основою для розроблення точніших і перспективних підходів до лікування та корекції РАС, відповідно до структури і специфіки дефекту.

Психологічні особливості порушень РАС виявляються в трьох сферах:

- 1) порушення у руховій сфері;
- 2) порушення комунікативної сфери;
- 3) порушення мовного розвитку.

Діти з розладами аутистичного спектра – це особлива категорія дітей, яка потребує спеціального підходу і спеціальних методів реабілітації. Реабілітаційна робота з дітьми цієї категорії полягає в комплексному підборі засобів і методів, які дають змогу дитині найбільш комфортно пройти шлях корекційної допомоги.

Сьогодні у фізичній та психічній реабілітації дітей з РАС використовують такі методи: прикладний аналіз поведінки, Холдинг-терапія та ін. Методи структурованої терапії охоплюють такі сучасні методики роботи з дітьми ТЕАССН, корекція афективної сфери, середовищний підхід, сенсорна інтеграція, метод «ТОМАТИС», нейропсихологічний підхід, кінезотерапія, альтернативна та підтримувальна комунікація. Ігрові методи реабілітації включають метод «Son-Rise», метод «Міфне», метод «Floortime». Популярності набувають арт-терапевтична реабілітація (музична, художня, театральна, музейна терапія) і анімалотерапія. Вибираючи той чи інший підхід до реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра, необхідно враховувати низку чинників: структуру дефекту, психологічний вік дитини, наявність

кваліфікованих фахівців, можливість взаємодії з представниками найближчого соціального оточення та ін.

РОЗДІЛ II

Методи організації та впровадження результатів дослідження

* * *

2.1. Методи дослідження окремих показників стану моторики, оцінювання ступеня порушення життєдіяльності

У дослідженні використано низку методів: аналіз науково-методичної літератури з проблеми фізичної терапії дітей з РАС, аналіз документальних даних, педагогічне спостереження, педагогічний експеримент, шкала вираженості аутистичних проявів CARS (Childhood Autism Rating Scale), тестування для визначення рівня окремих показників стану моторики, оцінювання ступеня порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікацією функціонування, методи математичної статистики.

Аналіз науково-методичної літератури. Був проведений аналіз науково-методичної і навчальної літератури, нормативних документів для отримання інформації з питань причин виникнення розладів аутичної сфери у дітей, діагностики РАС і методів фізичної терапії, підбір оптимальних інноваційних методів фізичної терапії дітей цієї категорії, використання методики АВА-терапії.

Аналіз документальних даних. Ми вивчили індивідуальні медичні картки дітей з РАС. Анамнестичні дані збирали шляхом бесід з вихователями, фізичним терапевтом, дефектологом, психологом. Отримані дані використовувалися у процесі відбору дітей для проведення педагогічного експерименту, а також підбору методів фізичної терапії. Педагогічний експеримент характеризувався як порівняльний, в основі якого проводився аналіз та зіставлення отриманих даних дітей з РАС основної експериментальної групи до та після впровадження програми фізичної терапії з використанням інноваційних методик. З метою

отримання додаткової інформації про індивідуальні психофізіологічні особливості дітей з РАС, а також для регуляції навантаження під час проведення занять з фізичної терапії використано педагогічне спостереження.

Педагогічне спостереження було безпосереднім і відкритим проведене автором самостійно у процесі діагностування дітей з РАС та занять з фізичної терапії з дітьми цієї категорії.

Шкала CARS призначена для оцінювання вираженості аутистичних проявів у дітей раннього та дошкільного віку. Вона складається з 15 пунктів, які описують важливі для обстеження сфери проявів дитини – «володіння тілом (Use of body)», «імітація (Imitation)», «емоційна відповідь (Affect)», «використання предметів (Relation to objects)», «адаптація до змін (Adaptation to change)», «використання слуху (слухова відповідь; Auditory responsiveness)», «використання зору (Visual responsiveness)», «відповідь і використання нюху, дотику і смаку (Near receptor responsiveness)», «нервозність і страхи (Anxiety reaction)», «невербальна комунікація (Nonverbal communication)», вербальна комунікація (Verbal communication)», «рівень активності (Activity level)», «рівень і узгодженість інтелектуальної відповіді (Intellectual consistency)», «загальне враження (Global impression)». У процесі діагностики використано спостереження за дітьми з РАС, бесіди з педагогами, інформацію, отриману від батьків, результати обстеження і зміст діагностичних карт, заповнених фахівцями [18].

Відповідно від загальних балів та з урахуванням критеріїв тесту CARS ми виділили три групи дітей:

- 15–29 балів – немає аутизму;
- 30–35 балів – прояв аутизму від легкого до середнього;
- 36–60 балів – важкий аутизм.

Дослідження рухових можливостей. Для оцінювання рівня розвитку показників загальної і дрібної моторики дітей з РАС використано тести, якими керувалися у своїй роботі фахівці з Комунальної реабілітаційної установи «Обласного центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю» м. Ужгород під час діагностики моторики в дітей з РАС. Усі діагностичні завдання проводили з використанням наочного матеріалу в ігровій формі.

Рухова (моторна) пам'ять – це пам'ять на рухи. За її допомогою запам'ятовуються і засвоюються як поодинокі рухи, так і їх комплекс

[11]. Вивчення стану рухової пам'яті мало на меті визначення рівня чіткості, правильності і послідовності виконання запропонованих інструкції рухів.

Тест 1. Повторити вправи для рук: руки вперед, угору, в різні боки. Потім виконати ці рухи самостійно.

Тест 2. Повторити вищеназвані рухи за винятком одного «забороненого».

Критерії оцінювання моторної пам'яті у дітей за тестом CARS наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Критерії оцінювання моторної пам'яті у дітей за тестом CARS

№ п/п	Критерій	Показник
1.	I рівень	правильне, чітке, послідовне виконання рухів за інструкцією з першого разу
2.	II рівень	спостерігаються незначні помилки під час виконання тестових завдань, але при повторному виконанні дитина правильно і послідовно виконує рухи
3.	III рівень	дитина краще запам'ятовує початок і кінець цього тестового завдання. Під час відтворення рухів спостерігається вповільнення чи прискорення їх темпу. Збір у руховій програмі розпочинається вже з третього чи навіть з другого руху, при цьому відзначаються труднощі переходу від одного рухового елемента до іншого, а також недостатньо повне відтворення матеріалу
4.	IV рівень	спостерігається зниження продуктивності запам'ятовування рухового матеріалу, недостатня його усвідомленість; дитина неспроможна перейти від одного рухового елемента до іншого, спостерігаються заміни рухів, зайві та спотворені рухи

Діагностика стану дрібної моторики дітей з РАС передбачала виявлення якості і ступеня диференціації рухів пальців та кистей рук.

Тест 1. Скласти пальці рук у кільце, розкрити долоні.

Тест 2. «Пальчики вітаються» – попеременно з'єднувати всі пальці руки з великим пальцем спочатку на правій руці, потім лівій і одночасно обома руками.

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

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

Критерії оцінювання дрібної моторики у дітей за тестом CARS наведено у таблиці 2.

Таблиця 2

Критерії оцінювання дрібної моторики у дітей за тестом CARS

№ з/п	Критерій	Показник
1.	I рівень	досить висока координація рухів пальців та кистей рук, точність, одночасність, правильність і швидкість виконання рухів; достатньо високий рівень регуляції рухів під час прискорення темпу і при виконанні більш складних завдань
2.	II рівень	дошкільня виконує запропоновані завдання у заданому темпі і ритмі, але наявні: нечіткість рухів і збільшення наприкінці випробування кількості помилок; спостерігаються деякі труднощі у виконанні завдань, пов'язаних із перетворенням окремих рухових актів на плавні, кінестетичною організацією рухів
3.	III рівень	під час виконання завдань відчувається напруженість чи розкутість рухів пальців, намагання ритмічно виконувати тестові завдання, однак збивається
4.	IV рівень	страждають усі досліджувані параметри моторики кистей і пальців рук. Виявляються такі неточності: заміна рухів іншими, уподібнення, недосконала координація, розкутість чи напруженість рухів пальців, порушення темпу і ритму виконання тестових завдань

У дітей з РАС потрібно діагностувати також стан загальної моторики (статична і динамічна координація рухів, рівновага). Статична координація рухів у дітей цієї категорії свідчить про рівень розвитку функцій статичної рівноваги, тобто збереження рівноваги в різних положеннях стоячи на місці. Для цього застосовуємо комплекс спеціальних тестів.

Тест 1. Поставити стопи ніг на одній лінії так, щоб пальчики однієї ноги торкалися п'ятки іншої, руки поставити перед собою. Стояти із закритими очима 5 секунд (виконувати для кожної ноги двічі).

Тест 2. «Журавель». Вихідне положення – стійка на одній нозі, одна нога зігнута в коліні та торкається стопою коліна другої ноги, руки на поясі, стегно відведене на зовні. Стояти із закритими очима протягом 5 секунд (виконувати на кожній нозі двічі).

Критерії оцінювання загальної моторики у дітей за тестом CARS наведено у таблиці 3.

Таблиця 3
Критерії оцінювання загальної моторики у дітей за тестом CARS

№ /п	Критерій	Показник
1.	I рівень	тривалість і статичність запропонованої пози, довільне її утримання
2.	II рівень	дошкільня впродовж довгого часу, однак з напругою утримує позу, часом балансує тулубом, але зберігає рівновагу
3.	III рівень	наявність значних утруднень у збереженні рівноваги, поява тремору рук і ніг, балансування руками чи тулубом. Фіксуються похитування головою, зрушення з місця або ривки в бік, падіння
4.	IV рівень	неспроможність збереження статичної рівноваги

Динамічна координація рухів засвідчує рівень розвитку у дитини динамічної рівноваги. Діагностика динамічної координації рухів проводиться з використанням системи тестів.

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

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

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

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

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

Критерії оцінювання динамічної координації рухів у дітей за тестом CARS наведено у таблиці 4.

Критерії оцінювання динамічної координації рухів у дітей за тестом CARS

№ з/п	Критерій	Показник
1.	I рівень	досить висока координація рухів та стійке збереження рівноваги під час рухів; правильність і точність виконання завдань
2.	II рівень	дитина правильно виконує усі тестові завдання, але спостерігаються: нечіткість рухів і незначне балансування руками під час збереження рівноваги в русі
3.	III рівень	фіксується розкутість чи напруженість рухів у процесі виконання тесту, вияв значних утруднень у збереженні рівноваги, поява тремору рук, балансування руками, тулубом, похитування головою, сходження з «доріжки», падіння, човгання ногами під час переступання через перешкоди
4.	IV рівень	нездатність виконувати завдання самостійно

Діагностика ступеня порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікацією функціонування (МКФ). Для оцінювання дитячої інвалідності з урахуванням біопсихосоціальної моделі доцільно, поряд із Міжнародною класифікацією хвороб (МКБ), використовувати Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), що слугує важливим інструментом документування характеристик обмеження, оцінки профілю функціонування дитини з обмеженими можливостями і визначення пріоритетних напрямів фізичної терапії та стратегії раннього втручання [113].

Міжнародна класифікація функціонування (ICF – International Classification of Functioning, Disability, and Health) розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 2001 році. У 2007 році ВООЗ була опублікована ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей та молоді); вона має ту ж організацію як ICF з тією ж ієрархічною структурою кодів. Нині ICF-CY використовується для осіб від народження до 17 років, а ICF – від 18 років.

Методи математичної статистики. Отримана у процесі діагностики інформація була піддана математичній обробці на ПК.

* * *

2.2. Організація дослідження окремих показників стану моторики, оцінювання ступеня порушення життєдіяльності

Дослідження проводилося протягом вересня 2020 року – травня 2022 року і відбувалося в два етапи.

Перший етап (вересень 2020 року – серпень 2021 року) – пошуково-теоретичний, на якому ми аналізували літературні дані з проблеми дослідження; визначення методологічної основи дослідження, понятійного апарату; виділення проблеми, об'єкта і предмета дослідження; формулювання цілей і завдань дослідження.

Другий етап (серпень 2021 року – травень 2022 року) – дослідно-пошуковий. Цей етап охоплював два підетапи:

– розроблення програми; підбір та адаптація діагностичних процедур; дослідження особливостей фізичного розвитку, рухової функції, оцінювання моторних порушень та мозкової гемодинаміки дітей з розладом аутистичного спектру, аналіз отриманих даних і поділення якісних особливостей розвитку дітей з РАС; напрацювання методів фізичної терапії з такими дітьми.

– реалізація методів фізичної терапії у групі дітей з РАС.

Базою дослідження стала Комунальна реабілітаційна установа «Обласний центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю» (м. Ужгород, вул. 8-березня 46/В). У дослідженні взяло участь 12 дітей віком 6–10 років.

У нашому дослідженні ми керувалися положенням, що якість діагностики залежить від вибору засобів та визначення шляху роботи. Для дітей з розладом аутистичного спектру особливо важливо визначити відповідні методи, прийоми та можливості навчання та виховання з урахуванням виявлених у них відхилень в особистісній, інтелектуальній та поведінковій сферах. Розроблені принципи діагностики були і залишаються основою для теорії і практики:

– принцип комплексного підходу до вивчення особистості дитини – систематичне і цілісне дослідження індивідуально-психологічного та фізичного стану розвитку дитини з РАС;

– принцип єдності діагностики та фізичної терапії – визначення завдань фізичної терапії, яка буде правильною тільки в опорою на результати, отримані у процесі глибокої діагностики, якою є зона актуального, так і найближчого розвитку дитини з РАС;

– принцип цілісного вивчення всіх фізичних і психічних характеристик конкретної особистості уточнює загальні методологічні принципи детермінізму та системності. Цей принцип лежить в основі концепцій Л. Виготського про структурні дефекти, що дають змогу аналізувати показники того чи іншого порушення у дитини, у тому числі розлад аутистичного спектру;

– принцип особистісного підходу дуже важливий у дослідженні дітей з РАС. Особистісний підхід – це підхід до дитини як до цілісної особистості, враховуючи складності та всі індивідуальні особливості. У процесі фізичної терапії не розглядають лише окрему функцію чи окреме психічне явище, а особистість в цілому;

– принцип діяльнісного підходу. Діагностичне обстеження повинно бути проведене з урахуванням провідної діяльності дитини для дитини з РАС – у контексті ігрової діяльності;

– принцип динамічного вивчення дитини – обстежуючи, потрібно з'ясувати не тільки те, що діти знають і вміють, але і їх можливості у подальшому навчанні;

– принцип якісно-кількісного підходу при аналізі даних, які були отримані у процесі обстеження – орієнтовані на те, щоб в основі кількісних показників лежало якісне виділення одиниць цього виміру, з іншого боку, щоб результати обстеження були зведені до цих формальних показників;

– принцип компетентності та неупередженості. Фахівець, який проводить діагностику дитини, повинен добре знати і розуміти ті синдроми, які виникають при розладах аутистичного спектру у дітей [51].

Проведення педагогічного дослідження передбачає такі основні кроки:

1. Визначення стратегії емпіричного дослідження.
2. Визначення характеристик вибірки.
3. Підбір методів і методик збору та обробки даних.
4. Проведення основного етапу емпіричного дослідження, отримання первинних даних.

5. Обробка та представлення первинних даних.

Основними цілями розробленої програми було сформувати та закріпити навички прохання та виконання прохання у дітей з РАС, розвинути та удосконалити навички соціальної поведінки, забезпечити усвідомлене виконання рухів, застосовуючи позитивне підкріплення.

На основі проаналізованих методик було розроблено та апробовано програму фізичної терапії аутистичних розладів у дітей. Цілі програми: фізичний розвиток та корекція фізичних і психологічних проявів РАС у дітей, подолання негативізму при спілкуванні і встановленні контакту з дитиною з розладами аутистичного спектра; розвиток пізнавальних навичок; розвиток фізичних якостей, пом'якшення характерного для аутичних дітей сенсорного і емоційного дискомфорту; підвищення активності дитини в процесі спілкування з дорослими і дітьми; подолання труднощів в організації цілеспрямованої поведінки. Завдання програми: орієнтація дитини з розладами аутистичного спектра в зовнішньому світі; навчання її простим навичкам контакту і більш складних форм поведінки; розвиток уваги, пам'яті, мислення; розвиток загальної і дрібної моторики.

* * *

2.3. Зміст програми фізичної терапії дітей з розладами аутистичного спектра

Дитячий вік, особливо, дошкільний, найбільш сприятливий для формування особистісних якостей, що лежать в основі толерантності один до одного. Отже, успішній соціалізації дітей з розладами аутистичного спектра повинна передувати робота з фізичної терапії, індивідуальна і групова. Ми розробили програму проведення індивідуальних занять з дітьми дошкільного віку. В процесі дослідження робота велася за такими напрямками: проведення занять для фізичного розвитку у дітей з РАС; розвитку процесу соціалізації дітей: вони вчилися правильно сприймати себе

та оточуючих; проводилися заняття з розвитку дрібної моторики і загальної моторики.

Цілі програми фізичної терапії: подолання негативізму при спілкуванні і встановленні контакту з дитиною з розладами аутистичного спектра; розвиток пізнавальних навичок; пом'якшення характерного для аутичних дітей сенсорного і емоційного дискомфорту; підвищення активності дитини в процесі спілкування з дорослими і дітьми; подолання труднощів в організації цілеспрямованої поведінки.

Завдання програми фізичної терапії: орієнтація дитини з розладами аутистичного спектра в зовнішньому світі; навчання її простим навичкам контакту і більш складних форм поведінки; розвиток уваги, пам'яті, мислення; розвиток загальної і дрібної моторики.

Основними принципами роботи за розробленою програмою фізичної терапії аутистичних розладів у дітей є:

1. Комплексний підхід у роботі: використання не суми рекомендацій фахівців різних профілів, а єдиної стратегії комплексного впливу як на основних заняттях, так і на фронтальних та індивідуальних заняттях з використанням інноваційних методів фізичної терапії.

2. Підхід врахування ситуації оточуючого середовища. Відштовхуючись від уявлень Л. Виготського про соціальну ситуацію розвитку дитини як про сукупність значущих відносин, ми розглядаємо будь-яке середовище як сукупність освітніх (комунікативно-пізнавальних) середовищ, які послідовно ускладнюються. Кожне з цих середовищ передбачає поступове розширення власних можливостей дитини і допомагає підготувати її до переходу на наступний рівень [28, с. 142].

3. Нейропсихологічний підхід. Робота фізичного терапевта з дитиною будується відповідно до онтогенезу з опорою на виявлені збережені психічні та фізичні функції.

4. Системно-діяльнісний підхід. Процес фізичної терапії ґрунтується на діяльності дитини. Тому завданням фізичного і психічного розвитку дитини з розладами аутистичного спектра є не проста трансляція знань від психолога, фізичного терапевта, педагога до дитини, а формування дій з опорою на мотивацію дитини.

5. Компетентнісний підхід. При організації фізичної терапії з дітьми з РАС ставляться завдання не тільки отримання і засвоєння ними знань і умінь у конкретних частинах освітньої програми, але і розвиток та навчання практичному використанню набутих знань. Без спеціальних педагогічних зусиль дитина з РАС цього зробити не зможе.

Розроблена та впровадження програма фізичної терапії дітей із розладом аутичної сфери передбачала реалізацію таких методів роботи: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ); АВА-терапія; рухливі ігри; прогулянки на свіжому повітрі.

Заняття за програмою з фізичної терапії дітей з РАС проводили протягом шести місяців (вересень 2020 року – лютий 2021 року). За цей час багато дітей навчилися: висловлювати свої емоції, слухати фізичного терапевта, зосереджувати і перемикати увагу за необхідності, виконувати широкий комплекс вправ, працювати на спеціальних тренажерах і багато чому іншому.

Ця програма побудована з урахуванням основних особливостей дітей з розладами аутистичного спектра. Врахування цих особливостей передбачає як адаптацію існуючої програми фізичної терапії на основі традиційних та інноваційних методів і технологій, так і її індивідуалізацію та диференціювання під час розроблення індивідуальних програм.

Основними завданнями, які вирішуються у процесі розроблення та впровадження програми фізичної терапії аутистичних розладів у дітей є:

- організація роботи, що враховує індивідуальний темп і ситуацію успіху для кожної дитини;
- створення бази для більш активної взаємодії з навколишнім світом на основі одержуваних дітьми знань і умінь;
- вибір і апробація форм і методів фізичної терапії з дітьми, спрямованих на стимуляцію пізнавального і соціального розвитку дитини;
- відпрацювання форм адекватної соціальної поведінки дитини, навичок комунікації та взаємодії з дорослим та однолітками;
- формування пізнавальної мотивації і залучення в розвивальну взаємодію, в тому числі з однолітками;

– створення умов для запобігання формуванню грубих форм патологічного аутистичного захисту, які блокують подальший розвиток дитини;

– надання психолого-педагогічної допомоги в розвитку адекватних відносин з однолітками;

– поступова підготовка до навчання в інклюзивних класах.

На початку та в кінці досліджень і втілення програми фізичної терапії для аутистичних розладів у дітей було продіагностовано рівень сформованості комунікативних (навичка вираження прохання) поведінкових навичок (відсутність/наявність негативних проявів поведінки: крики, бійка, кусання, затуляння обличчя і вух тощо). З цією метою були використані спостереження за дітьми з РАС під час виконання ними завдань психолога і фізіотерапевта та бесіди з батьками.

Програма занять передбачає роботу з дітьми з розладами аутистичного спектра. На початку проходить індивідуальна робота, потім дітей доцільно об'єднати в мінігрупи 3–5 осіб, для налагодження комунікації між ними.

Програма розрахована на 25–40 годин на тиждень, по 2–3 години в день.

Цілі:

1. Інформування батьків, що таке аутизм, розлади аутистичного спектра і як взаємодіяти з дитиною.

2. Створення умов для проведення занять з використанням інноваційних технологій фізичної терапії з дітьми з РАС, розвиток рухових навичок, усунення патологічних рухів

3. Налагодження контакту з дитиною. Між дитиною та фізичним терапевтом.

4. Розвиток соціальних і комунікативних навичок у дитини. Усунення небажаної поведінки.

Класифікація методів фізичної терапії в межах терапевтичної програми.

1. Вправи на вербальну і невербальну імітацію.

2. Організація ігрової діяльності, програвання соціальних ролей.

3. Вправи на увагу, мислення і дрібну моторику.

4. Робота з картками.

7. Вправи «погляд очі в очі», «стежити за поглядом».

8. Терапевтичні вправи ЛФК.

9. Почерговість динамічних вправ та релаксації.

Форми роботи:

1. Індивідуальна робота з дитиною.

2. Групові заняття з дітьми.

3. Групові заняття з батьками.

4. Бесіди з батьками.

5. Лекції.

Робота з дітьми проходила за методикою АВА-терапії, яка передбачає вербально-поведінковий підхід до дітей з РАС. Метод побудований на дослідженнях, що належать до сфери прикладного аналізу поведінки, і теорії вченого-біхевіориста Б. Скіннера.

Перевагами АВА-терапії є:

– дає змогу навчити будь-яку дитину, спираючись на її сильні сторони;

– є першим і основним методом терапевтичного втручання при розладах аутистичного спектра;

– наукова доказовість – жоден інший метод корекції РАС не був настільки глибоко і всебічно досліджений, як АВА;

– чіткі критерії роботи – навчальний план кожної дитини з РАС будується відповідно до результатів стандартизованого тестування на навчальні навички;

– прогрес оцінюється за змінами в результатах тестування;

– в групі 3–5 дітей з розладами аутистичного спектра;

– приміщення мають унікальний дизайн: обладнуються зоною сенсорного розвантаження й елементами зниження відволікаючих чинників під час занять;

– для кожної дитини розробляють індивідуальний навчальний план за АВА-методом;

– навчально-розвивальний простір організують через візуальну підтримку й альтернативні системи комунікації (для невербальних дітей);

– кожна дитина має тьютора (професійного супроводжуючого), що виступає також АВА-інструктором.

Кожне заняття починається з ранкової гігієнічної зарядки, мета якої – активізувати фізичний стан дитини. Завданнями РГГ: підвищення загального тону організму, активація

функціонального стану органів та систем, створення сприятливого психоемоційного стану.

Методичні рекомендації:

1. Тривалість РГГ – 10–15 хв.
2. Комплекс РГГ складався із 8–10 загальнорозвиваючих вправ та динамічних дихальних вправ.

3. Кожну вправу повторювати у середньому темпі 4–8 разів.

4. Використовувати вихідне положення лежачи на спині, на животі, на боці, стоячи і сидячи.

5. РГГ виконувати під ритмічну музику і поєднувати з водними процедурами.

Під час виконня РГГ вправи виконували у чіткому порядку:

- 1) спеціальні дихальні вправи;
- 2) вправи для рук і плечового пояса;
- 3) повороти тулуба, нахили вперед і в сторони;
- 4) вправи для ніг із в. п. стоячи;
- 5) вправи для ніг і черевного преса із в. п. сидячи або лежачи на спині;
- 6) вправи для тулуба із в. п. лежачи на животі.

Комплекс РГГ наведений у додатку А.

Потім з дітьми проводили АВА-терапію. Після того, як дитина заходить у кабінет фізичного терапевта, вона спочатку відпочиває, зникає до обстановки, до дорослого, бере іграшки та різні предмети, які їй сподобалися. Після цього фізичний терапевт дає команду «Йдемо займатися» і веде зворотний відлік «5, 4, 3, 2, 1». Після цього дитина сідає за стіл і починається заняття.

АВА-терапія передбачає наявність жетонів (рис. 1), по 10 штук. За кожне виконане завдання, дитина отримує жетон і коли вона збирає всі десять жетонів, вона може піти на перерву. Коли збирається потрібна кількість жетонів, психолог показує на них і говорить «Ти зібрав/зібрала всі жетони, можеш відпочивати». Дитина виходить з-за столу і відпочиває.



Рис. 1. Зразок жетонів для заохочування успіхів у виконанні вправ

У кожної дитини є позитивне підкріплення. У кожного воно своє, це може бути улюблена іграшка, предмет або їжа. Після виконаного завдання дитина отримує підкріплення, тільки за умови, якщо вона виконала усі завдання.

Вправа на невербальну імітацію. Дається вказівка «Як я», після чого терапевт демонструє певну дію: постукати по столу, підняти руки вгору, руки в сторону, доторкнутися до носа, поплескати в долоні і т. д. Після кожної показаної дії, дитина повторює її за психологом. За кожен повторений рух, дитина отримує жетон. Допомога: фізична підказка.

Робота так само проводиться з використанням жетонів-стимулів. Допомога: вербальна й артикулярна підказка.

Якщо дитина говорить слова, то з нею ведеться робота по картках.

Показують картку, на якій зображений предмет або тварина і дають завдання «КОРОВА» (показують картку, на якій зображена корова), дитина повторює, далі картки, наприклад, «СТІЛ», «ЛИСИЦЯ», «М'ЯЧ» і т. д. Потім імітує рух тварини чи предмета, намальованого на картці. Ця вправа допомагає розвивати не тільки навички говоріння слів, але й запам'ятовування, а також невербального спілкування.

На перших заняттях з дітьми з розладами аутистичного спектра за методикою АВА-терапії можна збирати з дитиною пазли, це допомагає працювати над дрібною моторикою, а також покращує увагу і пам'ять дитини. Також на перших заняттях, або в якості «полегшеного» завдання, можуть пропонуватися різні вправи на розвиток уваги і дрібної моторики.

Загальнозміцнюючі вправи для всього тіла допоможуть дітям з аутизмом, покращити координацію, силу, витривалість та усвідомлення тіла. Ось п'ять вправ, які варто спробувати.

Під час проведення дослідження були зроблені такі спостереження:

навчаючи дитину з аутизмом нової вправи, важливо робити це в спокійній та сприятливій обстановці. Варто використовувати позитивне підкріплення, наприклад, «Ви робите чудову роботу!» Також треба користуватися словесними або практичними підказками, щоб допомогти дітям з розладами аутистичного спектру провести рухи та зменшити ймовірність неправильного виконання, травмування та демотивації.

Відзначений факт, що особливо дітям у реабілітаційному центрі сподобалися такі вправи:

1. «Ведмідь повзе». Ведмеже повзання допомагає розвинути усвідомлення тіла, покращити координацію та рухове планування, а також сприяє розвитку та зміцненню м'язів спини, верхніх та нижніх кінцівок та черевного пресу. Почніть з того, що станьте на «планочку», але зігніть ноги в колінах. Руки мають бути вертикально до плечей, а коліна закріплені під стегнами.

Витягніть ноги, поки зберігаємо легке згинання в колінних суглобах. Широко розведіть пальці для оптимального контакту з підлогою та опори, для правильного розподілення ваги тіла на кінцівки, щоб уникнути дисбалансу та травмування.

Дитина має пройтися руками і ногами по підлозі приблизно 10–20 кроків.

Далі треба зберегти цю позицію і йти назад таким же способом. Також можна змінювати швидкість, траєкторію та напрям руху. Якщо цей рух занадто важкий для дитини, можна підтримувати дитину за стегна. Важливо, щоб корпус дитини був постійно в горизонтальному положенні, висота не змінювалася.

2. *Вправи з Med-ball*. Метання важких предметів, таких як медичні м'ячі, може збільшити силу і баланс, а також покращити координацію. Виконання вправ з Med-ball також може мати терапевтичні переваги і може стимулювати мозкові центри, відповідальні за короткочасну пам'ять.

Вправу треба починати стоячи, тримаючи медичний м'яч обома руками. Дитина підіймає м'яч вгору над головою прямими руками та вдарає ним до землі з максимальною силою. Щоб підняти м'яч треба зігнути ноги в колінах, кількість повторень залежить від можливостей дитини та складеної програми фізичної реабілітації.

Вправу можна ускладнити, кинувши м'яч, щоб вразити ціль, або збільшивши вагу м'яча. Ця вправа особливо подобається дітям з РАС, але обов'язково пояснити, що ми виконуємо вправу лише в залі з фізичним терапевтом.

3. *Зіркові стрибки*. Стрибкові завдання – це чудові вправи для всього тіла, які допомагають покращити стан серцево-судинної системи, зміцнити ноги та корпус, а також підвищити усвідомлення тіла. Стрибки можна виконувати де завгодно і виконувати їх по одному або з кількома повторами. При виконанні варто звертати увагу на те, що у дітей з РАС є порушення моторних функцій, тому для деяких виконання стрибків може бути утруднене.

Починаємо з присідання зі зігнутими в колінах ногами, стопами на підлозі, руками зігнутими до грудей. Потім дитина здійснює підскок та присідає назад, широко розтягнувши руки і ноги в Х (навхрест). Приземлившись, повертаємось у вихідне положення, зібравши руки і ноги. Повторюємо до 20 разів або до втоми.

4. *Кола руками*. У дослідженні, опублікованому в Research in Autism Spectrum Disorders, автори виявили, що рухи, подібні до тих, які демонструють люди з аутизмом, можуть допомогти забезпечити необхідний зворотний зв'язок організму. Це може зменшити повторювану поведінку, як-от махання руками або плескання. Кола руками – це чудова вправа для верхньої частини тіла, яка допомагає збільшити гнучкість і силу плечей та спини, її можна виконувати в будь-якому місці без обладнання.

Колові рухи руками: Вихідне положення стоячи, ноги на ширині плечей, руки біля себе. Далі треба витягнути прямі руки в сторони на висоті плечей і виконувати невеликі колові рухи руками, тримаючи руки прямими. Можна поступово збільшувати амплітуду руху, починаючи рух від плечей. Вправу треба повторити 20 разів, потім виконуємо в зворотному напрямку.

5. *Дзеркальні вправи*. Аутизм зазвичай характеризується труднощами у взаємодії з іншими або навколишнім середовищем. Дзеркальні вправи спонукають дитину імітувати те, що робить інша людина, що може покращити координацію, усвідомлення тіла та соціальні навички. Вихідне положення: стоячи обличчям до дитини з РАС, руки вільні. Дитині треба почати робити повільні рухи руками. Спробуйте почати з обертальних рухів і перейти до більш

складних візерунків. Коли будете готові, імітуйте рух дитини, наче дивитеся на себе в дзеркало. Важливо дати роль ведучого спочатку саме дитині, щоб мотивувати її, дати зворотній зв'язок, тоді помінятися. Якщо дитина не робить жодних рухів, важливо ще раз пояснити суть вправи та повторювати будь-які рухи дитини. Коли з'явиться хороший зв'язок – фізичний, ментальний, зоровий, можна спробувати злегка торкатися руками, щоб отримати зворотній зв'язок. Продовжуйте цю дію протягом 1–2 хвилин. Спробуйте включити інші частини тіла, такі як голова, тулуб і ноги. Вправи треба повторити 3–5 разів.

Перед тим як застосовувати будь-яку з програм фізичної терапії варто звичайно пройти огляд та низку тестів, щоб підібрати потрібну програму під конкретного пацієнта. За бажанням батьків можна виконувати вправи, обговорені з фізичним терапевтом, у домашніх умовах, але лише після консультації та засвоєння техніки, обраної послідовності.

Заняття з дитиною з РАС необхідно розпочинати повільно та відстежувати ознаки втоми, такі як зміни в диханні (наприклад, задишка, пришвидшене дихання при активному фізичному навантаженні), м'язові судоми або запаморочення. Також треба наголошувати на правильній гідратації організму та тому, що дитина попередньо не перевтомлена, відпочила перед тренуванням. Найкраще починати з низької інтенсивності і повільно переходити до більш важких і енергійних занять.

Як вже було вказано вище, фізична терапія має багато переваг для дітей-аутистів. Дослідження, проведене Developmental Medicine and Child Neurology Trusted Source, стверджує, що 79 % дітей з аутизмом мають порушення руху, які можуть погіршитися через неактивний спосіб життя. Фізична активність може не тільки зменшити негативну поведінку, але й підвищити настрій, покращити навички подолання та покращити загальну якість життя.

Основним засобом фізичної терапії дітей з РАС є кінезотерапія. За допомогою кінезотерапевтичних вправ можна досягати оптимальних передумов розвитку і відновлення рухів, формуються статичні та локомоторні функції, діти оволодівають руховими навичками та вміннями, реалізується профілактика порушень постави та деформацій опорно-рухового апарату дитини.

Завданнями фізичної терапії у розробленій програмі були: розвиток загальної і дрібної моторики; нормалізація й активізація метаболічних процесів, покращення функцій серцево-судинної, дихальної і нервової систем дитини; удосконалення силової витривалості м'язів, зміцнення кісткової системи, укріплення м'язового корсета; виправлення можливих дефектів ОРА; розвиток навичок правильної постави; підвищення імунітету організму, загальне оздоровлення [27].

Заняття з фізичної терапії складалося з 3 частин: вступна (8–10 хв.) передбачала виконання ЗРВ, дихальних вправ та вправ для зміцнення м'язів (підвищення м'язового тону); основна (15–20 хв.) – дихальні вправи, вправи з удосконалення загальної та дрібної моторики; завершальна частина (5 хв.) – рефлексія.

Завданнями вступної частини є: організувати дітей, сконцентрувати їхню увагу на виконання запропонованих вправ; підготувати організм до збільшення фізичних навантажень в основній частині заняття. Основна частина передбачає вирішення спеціальних кінезотерапевтичних завдань, реалізація впливу на порушені функції. У завершальній частині очікується зниження фізичного та емоційного навантаження, поступове приведення організму дитини в спокійний стан.

Заняття проводили 5 разів на тиждень у малій групі дітей (3–5 осіб). Тривалість кожного заняття 30–35 хв. Застосовували індивідуально підібраний для кожної дитини комплекс вправ (дихальні, загальнорозвивальні та спеціальні вправи) [20].

Особливості організації і проведення занять з фізичної терапії для дітей з РАС. У процесі роботи приділяли увагу запобіганню і корекції специфічних особливостей і пов'язаних з ними порушень: розвитку почуття рівноваги, напрацюванню сили м'язів і здатності відчувати власне тіло та його положення в просторі, корекція дефектів ОРА. Максимально використовували сильні сторони розвитку дітей: наприклад, збереження зорово-моторного сприйняття або хорошу здатність до імітації. При побудові та проведенні індивідуальних занять брали до уваги особливості конкретної дитини з погляду його типу – швидкого і рухливого або повільного й обережного. Для підвищення ефективності корекційно-реабілітаційної роботи важливим було встановлення постійного емоційного контакту з дітьми, завдяки якому вони

почували себе комфортно й упевнено. Саме тому перше завдання – встановлення позитивного емоційного контакту та підтримка його упродовж усього заняття. Важливо, щоб діти не лише погодилися на ігрову співпрацю, але й приймали запропоновані ігри та завдання. Крім того, необхідно, щоб дитина дозволяла здійснювати фізичну підтримку і почувала себе при цьому комфортно, щоб приймала похвалу і підтримку, а також зауваження і пропозиції щодо необхідності змін у комплексі кінезотерапії або його ускладнення.

Робота з розвитку рухових навичок проводили з урахуванням умови залучення дрібної моторики, оволодіння навичками, характерних певному віковому етапу розвитку. У процесі занять з рухового розвитку застосовували прості і доступні для дітей вправи, що забезпечувало позитивні результати, давало змогу робити заняття більш емоційними.

Під час виконання вправ стежили за диханням і правильною поставою дитини. Дитина не має затримувати дихання у процесі виконання запропонованих вправ.

Основними вимогами до складання комплексу вправ з кінезотерапії для дітей з РАС є:

- вправи мають бути простими й доступними для дітей з РАС, відповідати віку і не потребувати надмірної витрати енергії;

- вправи мають бути різноманітними за видами рухів й охоплювати всі групи м'язів;

- вправи необхідно виконувати у середньому темпі і з неповною амплітудою рухів, зважаючи на надмірну рухливість (гіпермобільність) у суглобах, характерну для дітей із РАС;

- використовувати імітаційні вправи та вправи з предметами (невеликі навантаження) для зміцнення м'язової системи та запобігання нерухомості суглобів;

- залучати вправи для запобігання дисфункцій та порушень ОРА: вправи на рівновагу та координацію рухів, на зміцнення м'язів, розвиток правильної постави та профілактики сутулості, покращення функції серцево-судинної і дихальної системи.

З огляду на те, що у більшості дітей з РАС ще з раннього віку формується неправильна постава (сутулість, кіфоз, сколіоз тощо), до комплексу кінезотерапевтичних вправ доцільно включати вправи на розвиток правильної постави (додаток Б).

Спеціальними вправами кінезотерапії були також вправи на розвиток у дітей рівноваги координації рухів. Перед дітьми ставилися завдання пробігти до кінця кімнати і повернутися назад. Пропонувалося виконувати нескладні танцювальні рухи під музичний супровід, а також різноманітні ігри (наприклад, вдавана імітація поведінки звірів, птахів і механізмів, пересування по лінії з перешкодами тощо). Більш детально ігри для розвитку координації рухів та рівноваги представлено у додатку В.

Особливості застосування рухливих ігор для дітей з РАС. Рухливі ігри – важливий засіб розвитку дітей з РАС. Оптимально підібрані ігри добре впливають на діяльність серцево-судинної, дихальної, нервової систем організму дитини, підвищують апетит і покращують сон.

Вимоги до проведення рухливих ігор з дітьми з РАС:

- ігри підбирають відповідно до педагогічних завдань. Необхідно враховувати, які вміння і навички закріплюються у цій грі, які фізичні якості удосконалюються, яка терапевтична мета реалізується;

- під час вибору гри береться до уваги її місце у режимі дня;

- ураховується місце проведення та пора року;

- варто брати до уваги рухову підготованість дітей, їхні інтереси та смаки. Зміст рухової гри повинен бути доступний дітям з РАС, імітувати явища навколишньої дійсності. Рухи, які діти виконують у процесі виконання ігрової діяльності, повинні добре засвоюватися;

- для досягнення різнобічного розвитку дитини у грі доцільно змінювати правила та умови їх проведення, урізноманітнювати способи виконання рухових дій. Дитині з РАС цікавіше виконувати новий рух, ніж повторювати давно завчений;

- ігрова діяльність завжди емоційна, а тому захоплює дітей і вони не втомлюються. Важливо у процесі гри стежити за фізичним навантаженням. Активна рухова діяльність повинна складати 2/3 всього часу, решта часу відводиться на пояснення, навчання, виправлення неточностей і помилок. Рухливі ігри з дітьми з РАС треба поступово ускладнювати, щоб підтримувати стійкий інтерес до гри; вирішити спеціальні розвивальні та виховні завдання; удосконалити рухові вміння і навички дітей.

Рухові ігри на розвиток моторних навичок.

1. Підкидання м'яча вгору, удари об підлогу, об стіну, кидання м'яча один одному, переكاتи на фітболах, по сенсорній доріжці з різним наповнювачем, по намальованій лінії.

2. Гра «Тир»: попадання у ціль різними предметами (м'ячем, стрілами, кільцями).

3. Ходьба по сенсорній доріжці з різним наповнювачем, по намальованій лінії, стрибки на одній і двох ногах, повороти вправо і вліво за демонстрацією фізичного терапевта.

4. Біг на колінах, повзання під натягнутою мотузкою.

5. Пальчикова гімнастика: «Гніздо»: пальці обох рук злегка зігнути і прикласти одні до інших, великі пальці прибрати всередину долонь. «Замок»: з'єднати пальці обох рук у замок, на слова «чик-чик» (поворот ключа) роз'єднати. «Пальчики вітаються»: на рахунок 1, 2, 3, 4, 5 з'єднуються кінчики пальців обох рук – великий з великим і т. д. Дитина натискає вказівними пальцями обох рук на гудзики, імітуючи ходьбу.

6. Вправи з предметами: складання контурів предметів з паличок (стіл, будинок, трикутник); тренажери-шнурівки нанизання на шнурок гудзики, великих намистин; сортування бобів, квасолі, гороху, а також перебирання крупи (пшоно, гречка, рис); застібання та розстібання гудзиків, блискавок, кнопок, липучок, гачків; загвинчування та відгвинчування гайки, кришок бульбашок, баночок; надягання і знімання кільця су-джок (масаж пальця); ховання і шукання хустки (носову хустку взяти за куточок однією рукою і схвати в долоні пальцями тільки однієї руки); прикріплення прищіпок для білизни; знаходження захованих предметів у «сухому басейні»; катання м'ячів-їжачків (з шипами).

Заняття не повинно викликати негативні емоції і в подальшому, заперечення, в ставленні до психолога і заняття в цілому. Гостра реакція на подібний прояв, може закріпитися, відповідно дитина надалі буде проявляти себе так само до нового завдання. Якою агресивною б не була реакція дитини, психолог не виявляє жодної відповідної реакції. Дитина бачить, що ефекту від її поведінки немає, її патерн поведінки змінюється. Вона заспокоюється і далі можна продовжувати роботу.

2.4. Результати дослідження: аналіз та узагальнення

Обстеження дітей з РАС за шкалою CARS виявили, що у 8 (66,7%) обстежуваних дітей встановлений початковий діагноз «дитячий аутизм», що за шкалою CARS дорівнював 32 бали. В інших протестованих дошкільнят виявлені схожі порушення розвитку (2 осіб, або 16,6%) і порушення поведінки без аутистичного компонента (2 осіб, або 16,6%) (рис. 2).

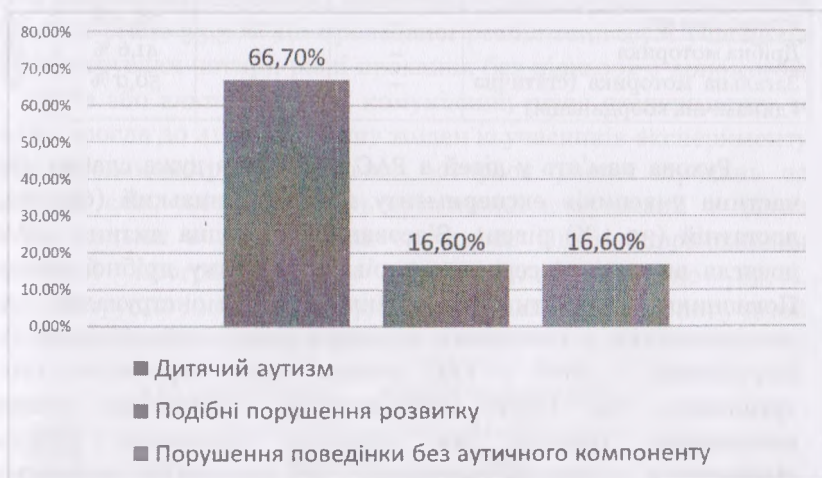


Рис. 2. Результати обстеження дітей, які брали участь у дослідженні за шкалою CARS 48

Попереднє вивчення стану розвитку моторики у дошкільнят з РАС на констатувальному етапі педагогічного експерименту наслідило, що для всіх дітей характерний недостатній рівень розвитку досліджуваних показників рухової сфери (таблиця 5).

Дослідження рівня розвитку дрібної моторики у дітей дошкільного віку передбачало з'ясування якості й ступеня диференціації рухів. У процесі спостереження з'ясовано, що діти з РАС переважно за більшістю параметрів тестових завдань, які вивчали в цьому блоці, відставали. Фіксувалася заміна запропонованих рухів іншими, їх недостатня скоординованість.

Найбільше труднощів викликали у дітей із РАС такі рухи, як відведення і приведення пальців верхньої кінцівки, протиставлення великому пальцю інших. Ми бачили неритмічність і нечіткість виконаних рухів, уповільнений темп при виконанні складніших тестових завдань, напруженість м'язів кінцівок і збільшення кількості помилок наприкінці тесту.

Таблиця 5
Рівні розвитку показників моторики в дітей з РАС в кінці дослідження

Досліджувані показники	Рівні			
	I рівень (високий)	II рівень (середній)	III рівень (достатній)	IV рівень (низький)
Рухова пам'ять	–	–	33,4 %	66,6 %
Дрібна моторика	–	–	41,6 %	58,4 %
Загальна моторика (статична і динамічна координація)	–	–	50,0 %	50,0 %

Рухова пам'ять у дітей з РАС розвинена дуже слабо. Більша частина учасників експерименту показали низький (66,6%), або достатній (33,4%) рівень. З'ясовано, що жодна дитина з РАС не досягла високого і середнього рівнів розвитку дрібної моторики. Показники достатнього рівня продемонстрували 41,6% досліджуваних, а показники низького рівня – 58,4% дітей з РАС. Порушення у дітей з РАС статички стали причиною суттєвих труднощів, чи навіть неможливості утримання рівноваги, виникнення тремору рук. Стосовно отриманих результатів діагностики загальної моторики, то показники достатнього і низького рівнів склали відповідно по 50,0%. Особливі труднощі діти виявляли у процесі виконання завдань тестів на координацію рухів та збереження рівноваги в русі. Дошкільнятам важко давалася ходьба із перешкодами, їм складно було відривати від підлоги і піднімати ноги. Діти пересувалися на дещо розставлених ногах, човгаючи ними, балансуючи руками, тулубом. Самостійні стрибки через перешкоду виконували лише за підтримки дорослого.

Функціональну оцінку навичок дітей з РАС, які взяли участь в експерименті, зокрема мовних навичок, було проведено спостереження за динамікою в розвитку дітей, бесіди з батьками.

Поділ дітей на групи відповідно до віку і набраної кількості балів в оцінюванні рівнів розвитку без вказівки конкретного навичку

є неправильним, тому що дітям з розладом аутистичного спектра властиво нерівномірний розвиток, і в одній з навичок дитина може відповідати віковій нормі (або навіть випереджати її), але сильно відставати в інших, за рахунок цього просто підрахунок загальної кількості балів в тестуванні не показовий.

Наприклад, оцінювання сформованості навички прохання показала, що 33,3 % учасників експерименту до програми фізичної терапії не володіли навичками вираження прохання, а після реабілітаційних занять їх кількість знизилася до 16,6 %. На початку дослідження 41,7 % дітей могли продемонструвати 2 різні прохання з допомогою слів, жестів або альтернативної комунікації, при цьому можуть потребувати підказок; після проведеної корекційної роботи таких дітей стало 33,3 %. До проведеної реабілітації 25 % учасників продемонстрували чотири різні прохання без підказок з допомогою слів, жестів або альтернативної комунікації; після експерименту їх кількість зростає до 41,7 %. Спершу жоден із учасників експерименту не міг продемонструвати більше чотирьох різних прохань за допомогою слів, жестів або альтернативної комунікації з двома різними людьми в двох різних ситуаціях. Після впровадження розробленої програми таких дітей було виявлено 8,3 %. Продемонструємо динаміку сформованості навичку прохання у дітей з РАС до і після експерименту (рис. 3).

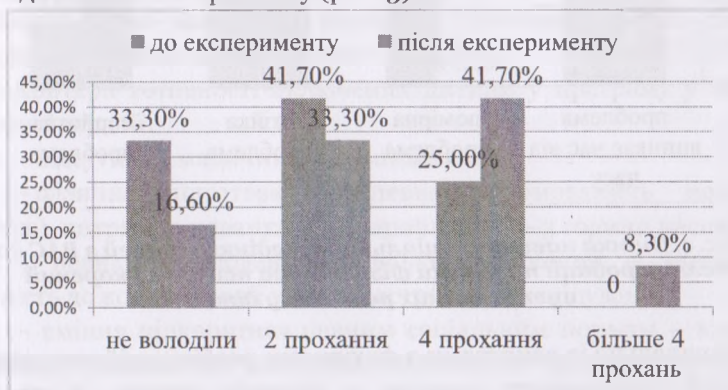


Рис. 3. Оцінка сформованості навички прохання у дітей з РАС до та після апробації програми фізичної та психічної корекції аутистичних розладів у дітей

Також ми оцінили навички соціальної поведінки (навички поведінки в групі) дітей з розладами аутистичного спектра. До таких проблем ми відносимо такі негативні прояви у поведінці з психологом, фізіотерапевтом, батьками та однолітками: кричить, б'ється, кусається та ін.

Проблема у поведінці виявляється час від часу у 16,6% учасників експерименту до впровадження програми і 33,3% осіб після реабілітаційної роботи. Помірна проблема спостерігається у 25% дітей з РАС до експерименту і 33,3% після. Стіжку проблему у поведінці виявило 33,3% дітей на початку реабілітації і 25% після корекції. Серйозне занепокоєння у поведінці аутичних дітей викликає 0,25% учасників експерименту до впровадження програми і 8,3% вихованців після реабілітації (рис. 4).

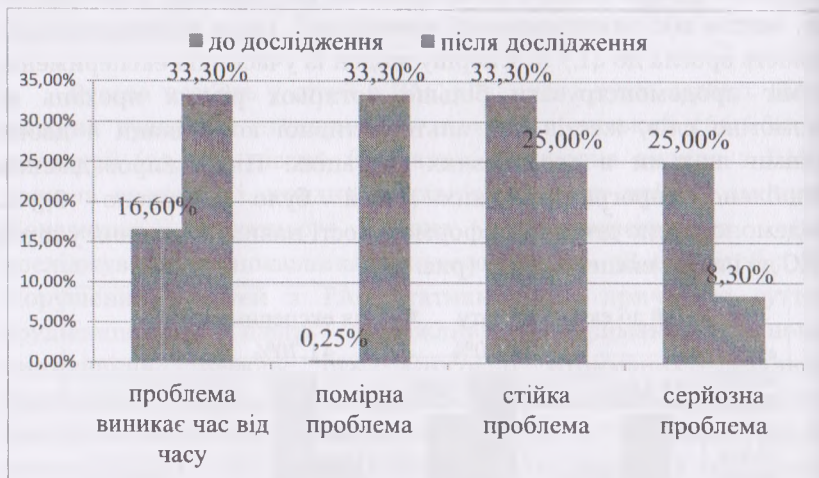


Рис. 4. Оцінка навичок соціальної поведінки у дітей з РАС до та після апробації програми фізичної та психічної корекції аутистичних розладів у дітей

Паралельно із заняттями з фахівцями реабілітаційного центру для дітей пропонували заняття з фізичної терапії. У процесі експериментальної діяльності були використані нові прийоми і техніки роботи з використанням засобів і методів фізичної терапії. Узагальнивши та проаналізувавши науково-практичні результати, було створено технологію поетапної фізичної терапії дітей з РАС.

Засоби і методи ранкової гімнастики, кінезотерапії реалізують можливість гнучкого, поетапного фізичного розвитку і соціалізації дітей з РАС у дитячому співтоваристві. Основними цілями побудови програми у частині фізичної терапії виступає необхідність підвищення порушення розвитку. Основним чинником поетапної фізичної терапії є мета і завдання, які необхідно реалізувати послідовно – від індивідуальних занять до включення дитини в окрему групу. На першому етапі проводилася індивідуальна робота.

На другому етапі формувалися мінігрупи і фізичні терапевтичні заняття проводили в мінігрупах. Це давало змогу поступово залучати дитину в спілкування та взаємодію з іншими дітьми. Роботу проводили в тісному контакті з батьками, з рідними, з фізичними терапевтами, та з батьками інших дітей з розладами аутистичного спектру. Метою роботи був тьютерський, волонтерський супровід дитини з РАС для можливості інтеграції її в колектив однолітків. Після того, як дитина з розладами аутистичного спектра адаптувалася до індивідуальної роботи в одному приміщенні з іншими, фахівці створюють ситуації, що провокують дітей вступати у взаємодію.

Вступ дитини з РАС в мінігрупу дає можливість визначити передбачувані проблеми при майбутньому включенні в інклюзивну групу, їх опрацювання, а також визначитися в спірних ситуаціях, що виникають при складанні програми фізичної терапії дітей з розладами аутистичного спектра.

Критерії готовності включення дитини у програму у частині фізичної терапії:

- відсутність медичних протипоказань;
- фізична підготовка – певна сформованість моторних функцій, витримка навантажень (приблизно 2–3 години неспання);
- певна сформованість довільної регуляції – мінімальна здатність до концентрації уваги, відстрочене наслідування;
- вміння підкорятися певним соціальним нормам – відносна адекватна реакція на заборони, виконання визначених правил, режимних моментів;
- самостійність – вміння зайняти себе чим-небудь у групі;
- наявність навичок соціальної взаємодії, елементарних комунікативних навичок – досвід спілкування з однолітками, довірливе ставлення до нового дорослого, можливість вербально або

жестами звернутися з проханням самостійно, відповісти на вітання або звернення.

При розробленні програми фізичної терапії основною проблемою при роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра є слабка, або відсутня зовсім, довільність дій. Вони можуть проявляти спритність при мимовільній руховій активності, але прохання виконати ту чи іншу дію може призвести до емоційного зриву. Саме з цієї причини діти з діагнозом РАС в минулому вважалися такими, що не піддаються навчанню. Відзначаємо відсутність загальної моделі занять з фізичної терапії з дітьми з розладами аутистичного спектра. У фізичних терапевтів відсутні загальні принципи і правила роботи з дітьми з базовими ознаками аутизму тому на сьогоднішній день заняття фізичною терапією у дітей з РАС використовують недостатньо для соціалізації таких дітей. При розробленні програми з фізичної терапії дитини з розладами аутистичного спектра, для підготовки її до повноцінного життя у соціумі ми враховували загальні правила психолого-педагогічної роботи.

Примітна особливість заняття з дітьми з РАС: певна впорядкованість руху, виконання вправи фізичним терапевтом.

Необхідно сформувати усвідомлену участь дітей у виконанні рухів. Усвідомлена участь є як метою фізичного розвитку, так і ознакою успішного розвитку сприйняття і навичок відтворення руху.

У процесі занять адаптивною фізичною культурою ведеться робота з формування Я-концепції в аутичних дітей. Для цього виконувані рухи і дії проговорюють від 1-ї особи (наприклад, «Я повзу», «Я марширую», «Я біжу»). Дітей з розладами аутистичного спектра спочатку рекомендується навчати сприйняттю і відтворенню рухів у просторі власного тіла – починаючи з рухів головою, руками, кистями і пальцями рук, а потім переходячи до рухів тулубом і ногами. Для навчання дитини різних видів переміщень і рухів у зовнішньому просторовому полі, необхідно:

– починати навчання з коротких переміщень по прямій;

– поступово переходити до пересування на довші дистанції, до переміщень по колу, півколу, зигзагоподібно тощо;

– формулювати завдання точно і так, щоб вони спонукали дитину до дії, наприклад: «Проповзи поруч зі мною», «Пробіжи по лінії»;

– супроводжувати їхні рухи ритмічними словами, ударами долонь і т. д., що є суттєвою допомогою дитині;

– формувати у дитини вказівний жест і вказівний погляд;

– рухатися разом з дитиною, поруч із нею;

– починати вправи з найпростіших рухів (розтирань долонь і ударів у долоні; розтирань рук і рухів руками вперед, вверх вниз; розтирань ніг, нахилів тулуба, різних рухів ногами тощо);

– заохочувати навіть найменші успіхи.

Для навчання дитини точним діям, більш складним вправ необхідно:

– створювати цікаві ситуації і спонукати дитину реалізувати їх, наприклад: «Цей м'ячик з дзвіночком всередині; попади в нього іншим м'ячиком – і він задзвенить»;

– виправляти неправильні рухи дитини;

– заохочувати навіть найменші успіхи.

Ці вправи розподіляються на 4 групи, в міру наростання координаційної складності: вправи в повзанні, в ходьбі, в бігу і в стрибках.

У процесі навчання дітей з розладами аутистичного спектра необхідно дотримуватися певних правил:

– дотримуватися біологічного закону, сутність якого полягає в тому, що розвиток рухів в онтогенезі відбувається від голови до ніг: спочатку дитина освоює контроль за м'язами шиї, рук, потім – сцени і ніг;

– дотримуватися біологічного закону: розвиток проходить у бік від тулуба до кінцівок, від ближніх частин кінцівок до далеких (дитина вчиться спочатку спиратися на лікті, потім на долоні; спочатку – стояти на колінах, потім – на випрямлених ногах і т. д.);

– забезпечувати послідовне освоєння дитиною різних рівнів простору – нижнього (лежачи на спині, на животі), середнього (сидячи), верхнього (стоячи).

Розроблена програма індивідуальних занять охоплює велику кількість вправ: елементи пальчикової гімнастики, дихальної гімнастики, елементи рухливих і спортивних ігор, вправи на розслаблення, на релаксацію. При застосуванні вправ на релаксацію

потрібна більша кількість часу. Заняття поділяється на дві частини: спочатку розвиваючі вправи, ігри, а в кінці заняття – розслаблення. Велике значення має комунікативна гра, тобто розвиток міміки, жестикуляції, пантоміми. Вони виховують довірливе ставлення один до одного. У програмі використовували вправи на розвиток координації, швидкісних, швидкісно-силових і силових здібностей; вправи, які вимагають прояву всіх фізичних здібностей в умовах змінних режимів руху, в умовах зміни ситуацій і форм дій.

Використані сенсорні ігри. Наприклад, підкидання м'яча вгору, удари об підлогу, об стіну, кидання м'яча один одному, перекати на фітболах, ходьба по сенсорній доріжці з різним наповнювачем, по намальованій лінії, стрибки на одній і двох ногах, повороти направо і наліво за демонстрацією, біг на колінах (рачки), повзання під натягнутою мотузкою.

Заняття розбивають на маленькі блоки. Тривалість блоку може бути дуже невеликою, на початку 5–10 хвилин. Після кожного блоку роблять перерву. Поступово збільшується здатність дитини тримати фокус – подовжуються блоки занять за столом. Під словом «перерва» мається на увазі зміна виду діяльності. Для дитини це відпочинок, для фізотерапевта – перехід на ту частину програми, яка проводиться в іншому виді діяльності.

Всі вправи ускладнюються поступово і виконуються без форсування. Починаємо навчання завжди з легких варіантів. На заняттях фізотерапевт повертається до складної для дитини ситуації доти, поки вона не стане легкою і приємною.

Закінчуються заняття ігровими вправами на успіх. Фізичний терапевт повинен фіксувати досягнення дитини, навіть маленькі, засвоєні ним рухи, і закінчені справи, – помічати, хвалити, радіти разом із дитиною.

Одним із найпоширеніших при РАС порушень є недостатньо коректна оцінка перспективи і відстаней до об'єктів.

Для оцінювання результатів проведеної фізичної терапії дітей з РАС за розробленою програмою нами були дані ті ж завдання, методи і вправи, що і перед проведенням експерименту. За результатами були отримані такі дані.

У моторній сфері випробуваний імпульсивний, насилу регулює силу рухів, у діяльності переважає ліва рука і ліва нога, рухи стереотипні і нескоординовані. Любить дотики, ініційовані з його

боку. Найявна неадекватна реакція на гучні звуки (починає кричати, намагається сховатися, закриває голову і вуха руками). Зорова система розвинена добре, розрізняє кольори і форми, але увага дуже нестійка. У просторі орієнтується, в своєму тілі орієнтується погано – часто плутає ліво і право.

У сфері загальної моторики відзначаються порушення координації, значні труднощі викликають вправи з м'ячем, відзначаються порушення в основних рухах: важка, рвучка хода, живі рухи руками, відштовхування з опори чітко двох ніг, при стрибку з двох ніг. Заняття з дрібними предметами і їх маніпулюванням викликають труднощі. Не завжди своєчасно виконують вказівки фізіотерапевта. Найявність перерахованих вище порушень дає підстави говорити про необхідність проведення колекційної роботи.

Для оцінювання результатів нами були дані ті ж завдання, методи і вправи, що і на етапі констатуючого експерименту. За результатами були отримані такі дані, представлені в таблиці 6 і 7.

Таблиця 6

Порівняльна характеристика діяльності дитини з РАС до і після занять за розробленою програмою фізичної терапії дітей з РАС

Показник	До експерименту	Після експерименту	Висновок
Характеристика працездатності, уваги	++	+	поліпшення
Характеристика поведінки	++	+	поліпшення
Мовний розвиток	+	+	без виражених змін
Характеристика емоцій	++	+	поліпшення
Комунікативні навички	++	+	поліпшення
Особливості рухової сфери	++	+	поліпшення

Примітка: за наявності проблем у будь-якій сфері у відповідній графі ставили + (за значної вираженості проблем ставили кілька плюсів).

Таблиця 7

Порівняльна характеристика стану загальної та дрібної моторики дитини з РАС до і після занять за розробленою програмою фізичної терапії дітей з РАС

Показник	До експерименту	Після експерименту	Висновок
Оцінка стану загальної моторики	2 бали	3 бали	Самостійно стояв на одній нозі, виконав вправу з м'ячем, у завданні на стрибки з просуванням допусків помилки, які виправляв за прямою вказівкою фізіотерапевта
Стан дрібної	1 бал	2 бали	Самостійно з'єднував пальці в кільце, допустив помилки в завданнях:

моторики		доторкнутися до великого пальця і одномоментно доторкнутися пальцями, які виправив за прямою вказівкою фізіотерапевта
----------	--	---

Примітка: критерії оцінювання моторики: 4 бали – всі завдання виконуються правильно; 3 бали – всі завдання виконуються правильно, але в уповільненому темпі; 2 бали – завдання виконуються недостатньо точно, дитина витягує руки в сторони для збереження рівноваги; 1 бал – погано утримує рівновагу, стоячи на одній нозі, швидко оступається, шукає опори; м'яч підкидає дуже низько; не утримує при зупинці по команді; 0 балів – завдання не виконується.

Рівень розвитку моторики у дітей з РАС на початку і в кінці педагогічного експерименту продемонструємо у вигляді діаграми (рис. 5).

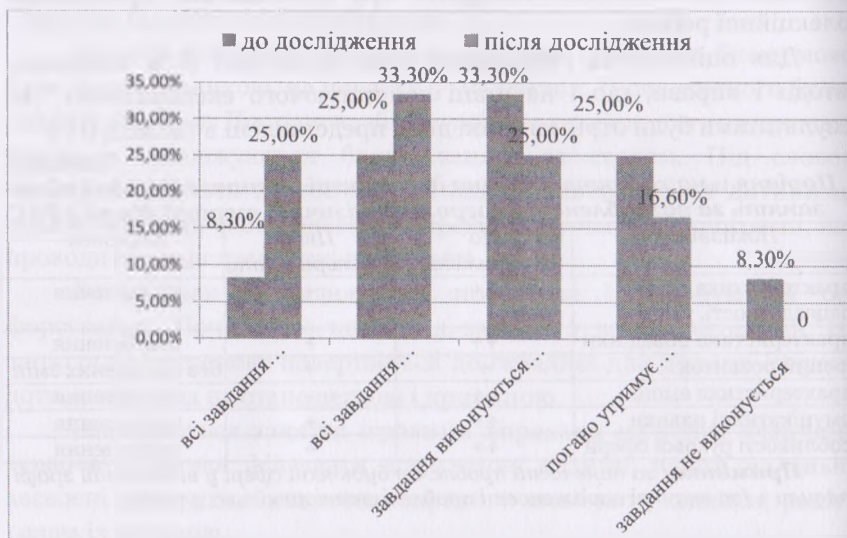


Рис. 5. Оцінювання розвитку моторики у дітей з РАС до та після апробації програми фізичної терапії аутистичних розладів у дітей

У процесі роботи за програмою фізичної терапії аутистичних розладів у дітей були виявлені патологічні особливості поведінкових патернів поведінки у дітей з РАС.

Після проведеної програми були виявлені такі зміни. У двох дітей були виявлені проблеми з контактом «очі в очі», під час роботи результати були покращені. Діти почали дивитися в очі,

фіксувати погляд на деякий час. Також вони навчилися стежити за поглядом психолога.

Проблема з розвитком мовлення була у п'яти дітей, нам вдалося скоригувати цей проблемний аспект. Діти почали чіткіше вимовляти звуки і слова. Вивчили нові склади. Робота за картками дала змогу вивчити і закріпити нові слова. Вивчили слова-перехитання, наприклад, слово «дай», «дякую», «пробач».

В однієї дитини відсутнє мовлення, тому акцент у роботі з нею був зроблений на жести. Був вивчений і закріплений вказівний жест і так само жест «дай».

У двох дітей була погано розвинена ігрова сфера. З ними був зроблений акцент на гру, що допомогло їм взаємодіяти як з іграшками, так і психологом під час гри, що позитивно вплинуло на їхню комунікативну сферу діяльності.

У шести дітей є стереотипна поведінка, погойдування, шипуляння вух, ходіння на одному місці і т. д. У процесі роботи за розробленою програмою були значно знижені ці небажані поведінкові патерни. Так само були знижені негативні прояви небажаної поведінки (бійка, діти перестали кусатися).

З двома дітьми проведена корекція напрямку на зниження називання себе у другій і третій особі. Частково вдалося скорегувати цю поведінку і діти, з підказкою, говорили «я» або називали себе на ім'я в потрібному контексті.

Бесіда з батьками дітей з РАС засвідчила зростання задоволеності батьків щодо поліпшення психічного і фізичного розвитку дітей. На їхню думку, у дитини намітилися певні успіхи. Батьки відзначають незначне зниження рівня тривожності дітей, підвищення інтересу до занять. Мама Івана П. відзначає у сина збільшення запасу уявлень про навколишню дійсність, відбулося невелике підвищення концентрації уваги, помітне зниження гіперактивності (дитина стала менше шуміти під час ігор, менше відволікатися під час виконання будь-яких завдань), стала більш комунікабельною, почала контактувати з однолітками та оточуючими.

Бесіда з фахівцями, які брали участь в експерименті, дала підстави вважати, що застосовувані у реабілітаційній програмі вправи сприяли поліпшенню показників дітей у пізнавальній

діяльності, в їх спілкуванні з оточуючими, в поліпшенні моторних навичок.

Проведення занять з дітьми з РАС дає підстави відзначати зростання інтересу дітей до занять, у дітей підвищилися такі показники:

- а) виявлено поліпшення координації рухів;
- б) відзначається поліпшення роботи загальної та дрібно моторики;
- д) спостерігається зниження рівня рухового занепокоєння;
- е) відзначається поліпшення концентрації уваги;
- ж) відзначається поліпшення здатності до навчання і комунікації;
- з) спостерігається поліпшення емоційного фону.

Отже, розроблена і впроваджена програма фізичної терапії аутистичних розладів у дітей, що включає використання інноваційних технологій і спрямована на соціалізацію дітей з РАС, формування комунікативних навичок, дозволить забезпечити їх ефективний фізичний розвиток.

* * *

2.5. Впровадження результатів розробленої програми фізичної терапії з інноваційними методами

Організація та зміст діагностики фізичного розвитку дітей з розладами аутичного спектра є недостатньо розробленою в сучасній вітчизняній науковій і методичній літературі. Без своєчасної і адекватної фізичної терапії значна частина дітей з розладами аутистичного спектру стає неспроможною пристосуватися до життя в суспільстві. При ранній фізичній терапії більшість аутичних дітей можна підготувати до навчання, а нерідко і розвинути їхню потенційну обдарованість у різних галузях знань.

Найефективніша робота фізичного терапевта, що має індивідуальну спрямованість. Фізична терапія допоможе: вдосконалити рухову пам'ять, загальну і дрібну моторику; організувати поведінку дитини з РАС; розвинути здібності до

комунікативної взаємодії; навчити навичкам самообслуговування; зменшити негативні прояви аутизму; посилити психічну активність дитини; навчити проводити вільний час; підготувати до навчання.

Необхідно звернути увагу на інтегроване навчання і виховання дітей з РАС. Інтеграція і фізична терапія допомагає успішніше вирішувати завдання соціальної адаптації дітей з аутистичними проявами.

Зокрема, В. Загалевиц стверджує, що здійснення раннього залучення в процес систематичної корекційно-виховної роботи дитини з розладами спектра аутизму, дає змогу досягти оптимального для неї рівня розвитку. Психічні методи реабілітації та фізична терапія з дитиною з РАС повинні починатися якомога раніше, а це пов'язано з ранньою діагностикою: і медичною, і психолого-педагогічною. Системна рання допомога має надаватися відповідно до міжнародних стандартних вимог до діяльності служб раннього втручання [34, с. 109].

На мою думку, позитивна динаміка спостерігалася за рахунок дозованого застосування засобів фізичної реабілітації, терапії (АВА-терапія, кінезотерапія, лікувальна гімнастика, арт-терапія), яка сприяє активізації адаптивних і компенсаторних механізмів, спрямована на поліпшення функції кардіореспіраторної системи, що виявляється у вигляді активної циркуляції крово- і лімфообігу, мікроциркуляторного русла, поліпшення трофіки, активізація метаболічних процесів, психоемоційного статусу, зняття м'язової напруги і підвищення локомоторної функції опорно-рухового апарату. Підвищилася утилізація O_2 тканинами і зросла стійкість до гіпоксії. Велике значення в нормалізації стану хворих дітей, які страждають розладами аутичного спектра, має застосування інноваційних технологій фізичної терапії, як-от: АВА, арт-терапія, малотерапія, яка прямо або опосередковано надавала комплексну дію на:

1. Психоемоційний стан дітей, самосвідомість, мову, реакцію пізнавальної діяльності.
2. Зменшення м'язового тону і поліпшення локомоторної функції.
3. Арт-терапія сприяє активізації вегетативної та адаптаційної реакції організму.

Після сеансу фізичної терапії покращився нервово-психологічний статус хворих з розладами аутистичного спектра: знизилася агресія, депресія, покращився сон, загальне самопочуття, настрої, з'явилася впевненість у своїх силах.

Позитивна динаміка виражалася в можливості хворих фіксувати погляд до 20–30 секунд на обличчях близьких та інших людей. Діти освоювали нові види харчових продуктів, покращилися психоемоційні навички, збільшилася тривалість спілкування з однолітками і дорослими.

Навчання і виховання дітей з розладами аутистичного спектра необхідно проводити в комплексі, оскільки цей процес забирає час, а батькам, психологам, фізіотерапевтам і педагогам потрібні ввічливість і терпіння, взаємодія один із одним. Навчальні та виховні моменти фізичної терапії з дітьми з розладами аутистичного спектра необхідно організовувати з урахуванням індивідуальних особливостей та емоційного стану кожної дитини.

Не тільки в освітніх установах, у психолога і фізіотерапевта, а й у родині необхідно створювати спеціальні навчальні умови, використовуючи звукові колонки і звукові пристрої, що впливають на мозок і поведінку дитини, сенсорні комп'ютери з різними налаштуваннями (відповідно до потреб дитини), звисаючі геометричні фігури, які при торканні світяться різними кольорами. Цей метод, який називається кольоротерапія, чинить позитивний вплив на потрібну півкулю мозку.

Педагогам, психологам, фізичним терапевтам і сім'ї також необхідно оснащувати процес навчання, виховання і реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра сенсорними моніторами, на яких можна писати магнітним і сенсорним пером або просто пальцем.

Більше використовувати ігри як засоби навчання і виховання, оскільки в процесі ігрової діяльності дитина проявляє і розвиває необхідні, життєво важливі вміння і навички дій з предметами, комунікації.

В індивідуальних і групових заняттях більше використовувати казки, відповідно до віку і можливостей дитини. Метою цієї роботи є поліпшення розуміння та суджень, збільшення сили, можливості навчання кожної дитини.

У всіх освітньо-виховних установах для дітей з РАС повинна функціонувати спеціальна кімната для батьків, в якій один раз на тиждень відбувається навчання батьків умінням і навичкам навчання, виховання дітей, організації та проведення корекційно-педагогічної роботи з дитиною в сім'ї, ознайомлення батьків зі спеціальною освітньою програмою, спільне складання індивідуального навчання, також обговорення результатів спільної реабілітаційної роботи психолога та фізіотерапевта, аналіз досягнутих успіхів і виявлення перешкодок, упущень і огріхів у спільній роботі.

Діяльність кімнати для батьків сприяє підвищенню психолого-педагогічних знань батьків, збагаченню знань вихователя, вчителя, психолога, лікаря про індивідуальні особливості дитини і координування дії батьків з виховним та освітнім, лікувально-профілактичним чи реабілітаційним закладом.

Для навчання батьків умінь і навичок роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра необхідно розробити спеціальні програми після першого, другого і третього років навчання, щоб вони могли застосовувати свої знання, вміння та навички з урахуванням досягнень дитини в природному домашньому середовищі, в поліпшенні якості взаємодії та оптимізації відносин.

У процесі спільної роботи з педагогами, психологами, фізичними терапевтами батькам необхідно поліпшити поінформованість про свої навчальні і виховні дії, зменшити залежність від підтримки з боку інших людей (неспеціалістів), збільшити контроль і здатність цілеспрямовано підлаштовувати власну поведінку і формувати вміння оцінювати свої дії, поведінку.

Основними принципами проведення фізичної терапії дітей з розладами аутистичного спектра в лікувально-оздоровчих установах і сім'ях повинні бути: повторюваність, систематичність, послідовність і врахування психофізіологічних особливостей кожної дитини.

Перші навчальні заняття, які мають лікувально-виховну спрямованість (індивідуальні та колективні) з дітьми аутичного спектра, педагоги і батьки повинні почати з елементарних дій: фізичні спроби встановити контакт за допомогою очей (зоровий контакт): показувати що-небудь; вказувати на щось; обережно і люб'язно тягнути (штовхати); брати руку; просити щось, просити про допомогу; задавати питання (з огляду на стан дитини і ситуації

повторювати їх або продовжувати задавати питання); коментувати щось; підказки в навчальні моменти; негайне заохочення встановленого контакту та продовження розмови з урахуванням позитивних бажань та інтересів дитини; підвищення або зниження інтонації голосу наприкінці розмови, починати речення так, щоб дитина могла закінчити його логічним шляхом; за допомогою позитивного виразу обличчя дати зрозуміти дитині, що саме ви чекаєте чогось; дію провокують дитині поведінковою діяльністю (збирання красивих кольорових маленьких предметів); ускладнення навчальних дій і т. д.

Одним із головних завдань фізичної терапії для дітей з розладами аутистичного спектра є заповнення дефіциту рухів за допомогою фізичних вправ. Встановлено, що рухи в будь-якій формі, адекватні фізіологічним можливостям дитячого організму, завжди є оздоровчим чинником. Дитина з РАС не завжди може виконати найелементарніший рух. Цьому їй необхідно вчити. Вчити повзати, стрибати, правильно бігати, ходити по сходах, долати елементарні перешкоди (двері, кути, ями) тощо. При цьому дітей з РАС важливо не тільки навчити – важливо ще і добре закріпити в кожній дитині ці правила, довести їх до звичайних для людини рефлексів. І саме це, з урахуванням особливостей дітей з аутизмом, є найважчим процесом, для якого майже завжди потрібно багато терпіння і наполегливості з боку вчителів, психологів, фізіотерапевтів і батьків.

Стосовно використання інноваційних методів фізичних терапій дітей з розладами аутистичного спектра необхідно дотримуватися таких рекомендацій:

1. Завжди займатися разом з дитиною. Батьки найцінніше, що є у дитини, вона відчуває краще матір чи батька, ніж будь-яку іншу людину. Необхідно не лише бути з дитиною, а й бути для неї прикладом.

2. Починати заняття фізичної терапії доцільно починати з малого. Спочатку разом з дитиною варто зробити щось невелике і постійно додавати й ускладнювати завдання. Спочатку це може бути маршрут по кімнаті, потім – по квартирі, навколо будинку, у дворі, в магазині і т. д. Спочатку це має бути маршрут без перешкод, потім треба додати перешкоди; ускладнювати процес необхідно у міру можливостей, варто задіювати інших людей, предмети і т. д.

3. Чітко витримувати регулярність занять. Важливо не лише навчити дитину з РАС виконувати фізичні вправи, але ще важливіше – закріпити ці навички. Це вимагає від дорослих терпіння і зусиль, іноді особливих.

4. Завжди заохочувати дитину з розладами аутистичного спектра. Необхідно, щоб для дорослих маленькі кроки аутичної дитини були справжнім досягненням, хоча нерідко вони виглядають досить незначними або навіть смішними, але в її сприйнятті кожного разу це велика особиста перемога. Треба цінувати ці успіхи.

5. Візуалізація процесів фізичної терапії дитини з РАС. Найчастіше дітям з артистичними розладами легше розуміти і засвоювати візуальну інформацію. Важливо використовувати в якості таких візуальних маркерів всі можливі підручні засоби: малюнки, предмети, відео тощо. Для дорослого вони теж будуть маркерами, необхідними для організації та аналізу процесу виховання дитини.

Фізичний розвиток і рухові здібності дітей з РАС характеризуються моторною недостатністю, відставанням від здорових однолітків за антропометричними параметрами і з розвитком таких фізичних якостей, як сила, спритність, швидкість руху, швидкість реакції, витривалість, гнучкість і рухливість суглобів. Окрім того, у таких дітей відзначаються виражені порушення координаційних здібностей, що обумовлено недоліками вищих рівнів регуляції, а також вираженою гіпокінезією.

Рухова сфера дітей з розладами аутичного спектра характеризується наявністю стереотипних рухів, труднощами формування предметних дій і побутових навичок, порушеннями дрібної і великої моторики. Дітям властиві, зокрема, порушення в основних рухах: важка, рвучка хода, імпульсивний біг зі спотвореним ритмом, зайві рухи руками або безглуздо розчепірені руки, які не беруть участі в процесі рухової діяльності, одночасне відштовхування при стрибках з двох ніг.

Нормалізація фізичного стану і психофізичного тону є одним із важливих аспектів соціалізації дітей з розладами аутистичного спектра. Тому таким дітям необхідні постійні фізичні навантаження для підтримки психофізичного тону та зняття емоційної напруги. Поряд зі спеціальними заняттями з психомоторної корекції і розвитку рухової сфери дітей з розладами

аутистичного спектра рекомендуються заняття адаптивним спортом.

Аутичній дитині складно управляти рухом відповідно до вказівок дорослого. Тому основними цілями фізичної терапії аутичних дітей на заняттях з фізичним терапевтом є: розвиток імітаційних здібностей; стимулювання до виконання інструкцій; формування навичок довільної організації рухів; виховання комунікаційних функцій і здатності взаємодіяти в колективі.

Щоб підготувати дитину з розладами аутистичного спектра до занять, необхідно заздалегідь розповісти їй про них, використовуючи історії з життя і власного досвіду. Історія повинна містити покрокову розповідь навчання, доцільно описати всю ситуацію від початку і до кінця.

Перший прихід на заняття для дитини є стресом, тому реакція може змінюватися від пасивного, пригніченого стану до стану збудження, зі схильністю до паніки. Фізичний терапевт повинен попередньо отримати всю необхідну інформацію про дитину і знайти до неї індивідуальний підхід. Найімовірніше, що контакт з такою дитиною буде знайдений не відразу, тому не можна вимагати від неї виконання завдань з перших занять. Окрім того, при підготовці до занять не повинно бути чіткого алгоритму, від якого неможливо відступити. Важливо планувати заняття так, щоб за необхідності була альтернатива заміни вправ, які дитина не бажає виконувати. На рівні підсвідомості діти схильні копіювати ключові моменти в поведінці іншої людини, тому фізичний терапевт має поводити себе впевнено і давати те фізичне навантаження, яке буде корисним саме в цьому випадку. Правильне формулювання завдань протягом багаторазових тренувань вироблятиме конкретне уявлення того, що від дитини вимагають [31, с. 30].

У процесі занять з фізичної терапії дитина з РАС набуває природні навички руху: ходьби, бігу, стрибків, повзання, лазіння, метання, виконує загальнорозвиваючі вправи, вправи на рівновагу, дихальні вправи, освоює рухливі ігри й естафети. Основа занять з фізичної терапії дитини з РАС полягає в розвитку координації, силових здібностей і витривалості. Основною метою занять є навчання усвідомленого виконання завдань у процесі занять. Діти-аутисти живуть емоціями, тому на заняттях необхідно сформувати позитивну обстановку, спрямовану на позитивний настрій.

Заняття завжди починається з розминки. У неї можна включити такі вправи: нахили голови з боку на бік (при цьому для злучення уваги можна говорити «тік-так», як годинник); нахили голови вперед-назад; кругові обертання руками вперед назад; кругові обертання тулубом; нахили вперед-назад, у боки: ходьба приставними кроками, стрибки, біг, ходьба з відновленням дихання.

При виборі підходу до корекції розладів аутистичного спектра необхідно враховувати такі чинники, як: характер структури дефекту; організаційні можливості, оскільки важливо, щоб в наявності були фахівці, які володіють методиками роботи в межах вгаданих підходів; вік дитини на момент початку корекційної роботи є важливим фактором, що впливає на рішення про те, встановлення якого підходу є найбільш адекватним; соціальна ситуація розвитку. Щоб вирішити, як працювати з дитиною, необхідно проаналізувати, які реальні і потенційні можливості її соціальної адаптації.

У фізичній терапії мають бути враховані індивідуальні особливості розвитку кожної дитини з розладами аутистичного спектра. Однак позитивний ефект при розробленні занять надає стимулювання сенсорної чутливості, розвиток і корекція зорово-моторної координації і сенсорно-перцептивної чутливості. Завданнями роботи фізичного терапевта також є зняття емоційної і м'язової напруги, підвищення психічної активності за рахунок позитивних емоційних реакцій, корекція психоемоційних станів, фіксування уваги й управління нею, розвиток комунікативних функцій мови та інших способів комунікації.

Отже, у процесі дослідження була розроблена та апробована програма фізичної терапії аутистичних розладів у дітей. Цілі програми: вдосконалення рухової пам'яті, загальної і дрібної моторики; подолання негативізму при спілкуванні та встановленні контакту з дитиною з розладами аутистичного спектра; розвиток пізнавальних навичок; пом'якшення характерного для аутичних дітей сенсорного й емоційного дискомфорту; підвищення активності дитини в процесі спілкування з дорослими і дітьми; подолання труднощів в організації цілеспрямованої поведінки. Завдання програми: орієнтація дитини з розладами аутистичного спектра в зовнішньому світі; навчання її простим навичкам контакту і більш

складних форм поведінки; розвиток уваги, пам'яті, мислення; розвиток загальної і дрібної моторики.

На розроблених та апробованих заняттях з фізичної терапії дітей з розладами аутистичного спектра відбувається цілеспрямоване переведення негативних емоцій на позитивні, через стимуляцію соціальної мотивації та ігрових вправ. Успіх запропонованих процедур і вправ визначається через включення неспецифічних (стресових) механізмів, що дають змогу впливати на пацієнта, витісняючи патологічну домінуючу і формуючи на цій основі адекватні психофізіологічні реакції. Закріплення отриманого ефекту за допомогою адаптивного біоуправління сприяє формуванню в центральній нервовій системі хворих дітей позитивної домінуючої.

Після сеансу занять покращилися показники рухової пам'яті, загальної і дрібної моторики дітей з РАС, покращився нервово-психологічний статус пацієнтів, знизилася агресія і депресія, покращився сон, загальне самопочуття, що підтверджується позитивною динамікою нейропсихологічного тестування. Спостерігається поліпшення когнітивних здібностей і зрушення в емоційній сфері. Відзначається поліпшення просоціальної поведінки, а саме: просунута слухова диференціація, розвивається короткострокова пам'ять, змінюється поведінка хворих: з'являється інтерес до навколишнього середовища, поліпшується пам'ять, породження мовлення і рухових навичок, утримується увага. Це обумовлено синхронізованою роботою обох півкуль головного мозку, яка активує інформаційне поле довгострокової пам'яті. Важливу роль у спілкуванні з однолітками відіграє психонейроімунологічна доктрина, суть якої полягає в тому, що фізіологічні недуги можуть бути змінені за допомогою психогенних посередників – лімбічної системи, гормонів, медіаторів, акустичних сигналів, що випромінюють тварини, в період спілкування хворих із тваринами, які сприяють формуванню позитивної домінуючої і, як наслідок, викликають активізацію адаптивних, пристосувальних, компенсаторних механізмів нейроциркуляторного гомеостазу. Тому інноваційні технології (АВА, арт-терапію і анімалотерапію, методи «Son-Rise», «Міфне», «Floortime» та інші методи) необхідно рекомендувати як ефективний засіб фізичної терапії дітей з розладами аутистичного спектра.

Обґрунтованість рекомендації щодо впровадження розробленої програми для фізичної та психічної корекції аутистичних розладів у дітей та ефективність запропонованої програми фізичної терапії дітей з РАС свідчать про позитивну динаміку таких показників, як сформованість навички вираження прохання, навички соціальної поведінки і розвиток моторики у дітей. Оцінка сформованості навички прохання показала, що 33,3 % учасників дослідження до корекції не володіли навичками вираження прохання, а після реабілітаційних занять їх кількість знизилася до 16,6 %. На початку дослідження 41,7 % дітей могли продемонструвати 2 різні прохання з допомогою слів, жестів або альтернативної комунікації, при цьому можуть потребувати підказок; після проведеної колекційної роботи таких дітей стало 33,3 %. До проведеної фізичної терапії 25,0 % учасників продемонстрували чотири різні прохання без підказок з допомогою слів, жестів або альтернативної комунікації; після експерименту їх кількість зросла до 41,7 %. Спершу жоден із учасників дослідження не міг продемонструвати більше чотирьох різних прохань за допомогою слів, жестів або альтернативної комунікації з двома різними людьми в двох різних ситуаціях. Після впровадження розробленої програми таких дітей було виявлено 8,3 %.

Оцінені навички соціальної поведінки (навички поведінки в групі) дітей з розладами аутистичного спектра до апробації розробленої програми і після неї. Позитивна динаміка в сфері корекції проблеми поведінки виявляється час від часу у 16,6 % учасників дослідження до впровадження програми і 33,3 % осіб після реабілітаційної роботи. Помірна проблема спостерігається у 33,3 % дітей з РАС до дослідження і 25 % після. Стійку проблему у поведінці виявило 33,3 % дітей на початку реабілітації і 25 % після корекції. Серйозне занепокоєння у поведінці аутичних дітей викликає 8,3 % учасників експерименту до впровадження програми і 0,25 % вихованців після реабілітації.

У фізичній терапії мають враховуватися індивідуальні особливості розвитку кожної дитини. Однак позитивний ефект при розробленні плану фізичної терапії також надає стимулювання сенсорної чутливості, розвиток і корекція зорово-моторної координації та сенсорно-перцептивної чутливості. Завданнями фізичної терапії у роботі з дітьми з РАС є зняття емоційної і м'язової

напруги, підвищення психічної активності за рахунок позитивних емоційних реакцій, корекція психоемоційних станів, фіксування уваги й управління нею, розвиток фізичних та комунікативних функцій.

РОЗДІЛ III

Вплив хореографії на психо-фізичні якості дитини

* * *

3.1. Хореографічне мистецтво в системі реабілітації для дітей з розладами психічного розвитку

Порушення розумового розвитку – досить складна й одночасно недостатньо розкрита на сьогодні особливість перебігу розвитку дитини. Ця особливість дитини не обмежує її можливості розвиватися та повноцінно жити у суспільстві, маючи власні перспективи розвитку. Щоб така дитина розкрила свій потенціал, потрібні певні умови та супровід фахівців. Одним із напрямів порушень розумового розвитку є затримка психічного розвитку [116, с. 73].

Інтелектуальне функціонування – це напрям, також відомий як IQ. Цей напрям характеризується здатністю дитини вчитися, міркувати, приймати рішення та вирішувати проблеми [11].

Адаптивна поведінка – це навички, необхідні для повсякденного життя, такі як вміння ефективно спілкуватися, взаємодіяти з іншими в соціумі та піклуватися про себе. Щоб виміряти адаптивну поведінку дитини, фахівець спостерігає за навиками дитини, її когнітивними властивостями та адаптивними функціями стосовно інших, проводить порівняльний аналіз зібраних даних з іншими дітьми того ж віку [77, с. 204]. Це виконується шляхом спостереження фахівцем за такими буденними речами, як, наприклад, навички самостійного харчування та одягання, комунікативні навички, тобто наскільки добре дитина вміє спілкуватися та розуміти інших та як дитина взаємодіє з родиною, друзями та іншими дітьми того ж віку.

Вважається, що розлади психічного розвитку зачіпають близько 1 % населення. Серед таких 85 % мають легкі вади [115]. Це означає, що вони лише трохи повільніше середнього рівня засвоюють нову інформацію або навички. За належної підтримки більшість із них зможуть жити, створити та забезпечувати сім'ю самостійно.

У дітей є багато різних ознак інтелектуальних відхилень. Ознаки можуть з'являтися в дитинстві, або вони можуть бути непомітні до досягнення дитиною шкільного віку. Це часто залежить від тяжкості порушень. Варто зазначити деякі найпоширеніші ознаки затримки психічного розвитку:

- першими ознаками є затримка фізичного розвитку в немовлят: пізні перевертання, сидіння, повзання, ходьби;
- затримка вербальних навиків, проблеми зі спілкуванням;
- затримка в опануванні буденних побутових навичок: користуванням туалетом, одяганням, у сфері самообслуговування;
- пропріоцептивні розлади;
- проблеми з встановленням причинно-наслідкового зв'язку, розуміння дій та наслідків;
- психічна нестабільність, наприклад, безпричинні сльози та істерики;
- труднощі з вирішенням проблем або логічним мисленням;
- інші особисті індивідуальні прояви [10].

У дітей з важкою або глибокою формою затримки психічного розвитку можуть бути й інші проблеми зі здоров'ям. Ці проблеми можуть охоплювати судоми, розлади настрою (тривожність, апатію, безпричинний гнів тощо), порушення рухових навичок, проблеми зі зором або слухом.

Причини інтелектуальних порушень розвитку дитини можуть бути різноманітними. Кожного разу, коли щось заважає нормальному розвитку мозку, це може спричинити інтелектуальні порушення.

Найпоширенішими причинами затримки психічного розвитку є:

- генетично зумовлені патології. Сюди входять такі патології, як синдром Дауна, синдром Клайфельтера (генетичне захворювання

внаслідок якого у людини 2 X-хромосоми), синдром Хантінгтона та синдром ламкої X-хромосоми);

– проблеми зі здоров'ям матері чи дитини під час вагітності. Патології, що виникають ще на ембріональному рівні та викликають порушення в розвитку мозку плода. Причинами можуть бути зокрема вживання вагітними алкоголю або наркотичних засобів, недоїдання, певні інфекції або гестоз;

– проблеми під час пологів. Затримка психічного розвитку може виникати, якщо виникла внутрішньоутробна гіпоксія плоду або рання недоношеність, а також за механічних пошкоджень голови та головного мозку новонародженого під час важких пологів;

– хвороба або травма. Інфекції, такі як менінгіт, коклюш або кір, можуть призвести до виникнення затримки фізичного та розумового розвитку. Травма голови, тривалий дефіцит кисню внаслідок утоплення, екстремальне недоїдання, інфекції головного мозку, вплив токсичних речовин, наприклад, таких як свинець, та серйозне нехтування матері здоров'ям під час вагітності чи зловживання алкоголем або наркотичними речовинами можуть також спричинити затримку психічного розвитку [40, с. 149].

Однак, варто зазначити, що у випадку двох третин дітей із затримкою фізичного та розумового розвитку, причина цієї патології невідома.

Деяким причинам затримки психічного розвитку можна запобігти. Найпоширеніший із них – алкогольний синдром плода [12]. Вагітним жінкам не варто вживати алкоголь. Отримання належного допологового догляду, прийом пренатальних вітамінних комплексів та вакцинація проти певних інфекційних захворювань також можуть знизити ризик народження дитини з вадами розумового розвитку. У сім'ях, у яких в анамнезі були генетичні порушення, генетичне тестування може бути рекомендовано до зачаття. Деякі обстеження, такі як УЗД та амніоцентез, також можуть проводитися під час вагітності для виявлення проблем, пов'язаних із вадами розумового розвитку. Хоча ці тести можуть виявити проблеми до народження, вони не можуть їх виправити [111].

Затримку психічного розвитку можна запідозрити з багатьох різних причин. Якщо у дитини є фізичні відхилення, що свідчать про генетичні або метаболічні порушення, для підтвердження

діагнозу можуть бути проведені різні тести. Сюди входять аналізи крові, сечі, візуалізація для виявлення структурних проблем мозку або електроенцефалограма (ЕЕГ) для виявлення доказів судом. У дітей із затримкою розвитку лікар проводить обстеження для виключення інших проблем, враховуючи проблеми зі слухом та певні неврологічні розлади. Якщо іншу причину затримки розвитку не вдається знайти, дитину скеровують на офіційне тестування.

Три чинники впливають на діагностику інтелектуальної недостатності: співбесіди з батьками, спостереження за дитиною та тестування інтелекту й адаптивної поведінки [17]. Дитина вважається інтелектуально обмеженою, якщо у неї є дефіцит як IQ, так і адаптаційної поведінки. Якщо наявний лише той чи інший чинник, дитина не вважається інтелектуально обмеженою.

Після встановлення діагнозу затримки психічного розвитку команда професіоналів оцінює особливі сильні та слабкі сторони дитини. Це допомагає їм визначити, наскільки і яку підтримку треба надати.

Які послуги доступні для людей з вадами розумового розвитку? Для немовлят та малюків доступні програми раннього втручання. Команда професіоналів співпрацює з батьками, щоб скласти індивідуальний план надання супроводу сім'ї або IFSP (за кордоном) [115]. Цей документ описує конкретні потреби дитини та те, які послуги допоможуть дитині корегувати рівень та стан затримки психічного розвитку та покращити загальні адаптивні результати. Раннє втручання може охоплювати логопедичну, ерготерапію, фізичну терапію, мистецьку терапію (заняття хореографією, музикою, малюванням тощо), сімейне консультування, навчання за допомогою спеціальних допоміжних засобів.

Діти шкільного віку зі ЗПП (включаючи дошкільнят) мають право на безоплатну спеціальну освіту через систему інклюзивної освіти. Це передбачено Законом України «Про освіту», зі змінами та доповненнями щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг від 23.05.2017 року № 2053-VIII [4]. Батьки та вихователі спільно працюють над створенням індивідуальної освітньої програми, яка визначає потреби дитини та послуги, які дитина отримуватиме у школі. Сенс спеціальної освіти

полягає у здійсненні адаптації та модифікацій, які дозволять дитині в умовах розумового розвитку досягти успіху у навчальному закладі.

Основними векторами ведення реабілітаційної роботи для дітей з фізичними та психічними відхиленнями є застосування фізичної, психологічної та арт-терапії, що в сукупності дасть можливість на отримання позитивної динаміки.

Допомогти дитині з розумовими та психічними відхиленнями розвитку можна, застосовуючи психологічну, фізичну та арт-терапію:

- варто дізнатися все, що можливо про характеристику цієї інтелектуальної патології. Чим більше відомо про суть порушень, тим краще й ефективніше буде організовано роботу з такою дитиною, що приведе до досягнення позитивного результату, а в динаміці покращення її стану;

- заохочення самостійності дитини з ЗПР. Контроль за діяльністю треба здійснювати не нав'язливо, відповідно зможемо покращити соціальні, побутові та адаптивні властивості в конкретному випадку. Дозвольте дитині з ЗПР виконувати звичайні побутові функції самостійно, а також не перешкоджайте в спробах зробити щось нове. Таких дітей варто заохочувати, хвалити, бо кожне досягнення навіть у буденних для звичайних людей речах – це вже прекрасний результат, надавати рекомендації, коли це потрібно, позитивні відгуки, коли дитина щось робить добре або освоює щось нове;

- залучення дитини до групових дій. Відвідування уроку хореографії, мистецтва або участь у інших гуртках допоможе дитині зі ЗПР сформувати соціальні навички, покращить поведінкову та соціальну модель;

- зберігати взаємодію з дитиною. Зв'язок та співпраця викладача, тренера, родини дитини та самої дитини є необхідною запорукою успіху. Якщо одна ланка ланцюжка випаде, ми не зможемо отримати позитивну динаміку, у дитини або батьків може зникнути мотивація. Перебуваючи «включеними», ви зможете стежити за її функціонуванням та простежити напрямок адаптивної поведінки [103, с. 74].

Як більшість патологій фізичного, психічного та розумового розвитку вади психічного розвитку часто супроводжуються певними патологіями фізичного розвитку.

Формування фізичної та психічної культури і здоров'я дітей молодшого шкільного віку у спеціальних загальноосвітніх закладах для дітей з вадами фізичного та розумового розвитку має першочергове значення для їхнього загального розвитку, оскільки найбільш ураженою в них є рухова сфера, фізичний розвиток і загальний соматичний стан.

Саме для ненав'язливого формування вищевказаних категорій у дітей з вадами фізичного та розумового розвитку підходить хореографія, що поєднує у собі і мистецьку складову, і значною мірою впливає на розвиток та покращення фізичного розвитку. Хореографія забезпечує формування в учнів наступних ключових компетентностей:

– соціальні, що полягає в основах вчення про здоров'я та здоровий спосіб життя, соціальну активність та взаєморозуміння;

– мотиваційні – формування особистісних уявлень про здоров'я;

– функціональні – оперування знаннями про фізичну складову хореографічного мистецтва;

– загальні – знання про рухову активність, розширення рухового досвіду з метою розвитку фізичних, хореографічних якостей і природних здібностей відповідно до вікових та психофізичних особливостей, засвоєння термінологічних та методичних компетентностей [111, с. 417].

Нижче коротко відображені якості, що розвиваються і формуються в процесі занять хореографією (рис. 6).

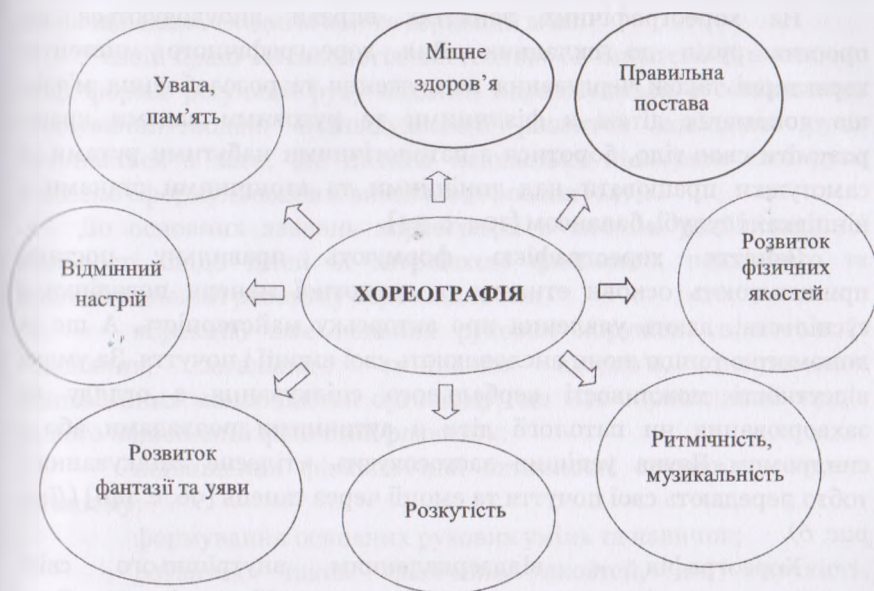


Рис. 6. Розвиток якостей на заняттях хореографією

Займаючись хореографією діти з вадами психічного розвитку автоматично отримують певні знання з гігієни, фізіології, анатомії, формування правильної постави, культури рухів профілактики патологій опорно-рухового апарату та скелетів стопи, рухового режиму, формування рухових навичок та вмінь.

У таблиці 8 представлені два основні види рухів, які прийнято розрізняти в науковій літературі.

Таблиця 8

Основні види рухів

Довільні рухи	Мимовільні рухи
Це вираження думки через дію. Складні рухи, що представляють собою безліч набутих на основі рухового життєвого досвіду навиків і умінь	Відразу формуються як автономні та рефлексорні. Простіші, повністю відтворюють вроджені рухові реакції
Довільні рухи не обумовлюються зовнішніми впливами і спонукальною силою, їх розвитком є прийняте людиною рішення	Рухи, що відбуваються безконтрольно та небажано. Це спектр рухів від епілептичних нападів до скорочення сердечного м'яза
У складних рухових актах елементи довільного і мимовільного руху переплітаються дуже тісно і дуже важко їх розрізняти	

На хореографічних заняттях вправи вибудовуються від простих рухів до складних. Для хореографічного мистецтва характерні також чергування напруження та розслаблення м'язів, що допомагає дітям з фізичними та руховими вадами краще розуміти своє тіло, боротися з патологічними набутими рухами та самотужки працювати над тонічними та атонічними станами в кінцівках і тулубі, балансом [104, с. 34].

Заняття хореографією формують правильну поставу, прищеплюють основи етикету та грамотної манери поведінки в суспільстві, дають уявлення про акторську майстерність. А ще за допомогою танцю люди висловлюють свої емоції і почуття. За умови відсутності можливості вербального спілкування з огляду на захворювання чи патології діти з аутичними розладами або з синдромом Дауна успішно застосовують «тілесне спілкування», тобто передають свої почуття та емоції через танець [96, с. 146] (Див. рис. 6).

Хореографія є відзеркаленням внутрішнього світу постановника крізь призму почуттів та емоцій танцівника. Саме тому танцівнику необхідне чітке розуміння вимог постановника та неабиякі моральні і психологічні якості й можливості проживання та втілення необхідних образів і емоцій. Для кращого розуміння механізму передачі руху варто розібрати основні види рухів.

Взаємозв'язки між рухом людського тіла та музикою були предметом багатьох досліджень, що характеризують відповідність між довільним рухом, мимовільним рухом та різними звуковими особливостями. Однак вивчення мимовільного руху до музики все ще є недостатньо дослідженим. Погляд на найважливіші аспекти пізнання музики, а також характеристику вестибулярної та сенсомоторної систем можна було б значно покращити за допомогою опису основних зв'язків між музикою, довільними рухами та мимовільним рухом.

Добровільні рухи – це рухи, які безпосередньо контролюються волею людини. Вони контролюються також скелетними м'язами. Наприклад, ходьба, розмова, танець, спорт тощо. Мимовільні рухи – це рухи, які не контролюються людиною, функціонують самі по собі. Мимовільні рухи м'язів не перебувають під свідомим контролем

мозку, а стимулюються вегетативною нервовою системою. До цих м'язів належать гладкі м'язи та серцевий м'яз.

У своїй праці «Психологія мистецтва» Л. Виготський писав, що вищі форми регуляції руху людини народжуються в соціальному спілкуванні людей. Індивідуальний розвиток довільних рухів починається з того, що дитина навчається підкоряти свої рухи словесно сформульованим вимогам дорослих [147].

До основних завдань хореографії в системі реабілітаційної діяльності щодо дітей зі затримкою фізичного, психічного та інтелектуального розвитку варто віднести:

- корекцію вже наявних рухових порушень з метою їх подолання, загального зміцнення здоров'я, покращення адаптаційних можливостей організму, що має сприятливий вплив на його подальший фізичний розвиток;
- підвищення фізіологічної активності органів та систем організму;
- формування основних рухових умінь та навичок;
- розвиток таких фізичних якостей, як гнучкість, координація, сила, рівновага, точність виконання рухів та комбінацій, координація руху, швидкість та загальна витривалість відповідно до можливостей та психофізичних даних (звичайно, тут необхідно звертати увагу на початкові можливості дитини, і цінувати навіть мінімальну позитивну динаміку);
- формування моральних особистісних якостей та мистецьких уподобань;
- розвиток вміння слухати та відчувати музичні твори, відтворювати рухом характер та настрої таких, що значно впливає на когнітивні якості особистості;
- розвиток слухової, рухової пам'яті, просторової уяви та рефлексорних навичок;
- гендерне виховання хлопців та дівчат [17].

Особливо цікавим здалися мені вказані випадки з Австралії та США, а також інших країн світу.

Короткий огляд літератури з Австралії та США супроводжується обговоренням деяких практичних застосувань роботи сучасної арт-терапії, включаючи хореографічні і комбіновані групи та їх діяльність.

Як вже попередньо було вказано затримка психічного розвитку безпосередньо зачіпає 1 з 200 людей, що значною мірою впливає на життя інших членів їхньої сім'ї та громади. Спадкові хромосомні аномалії є основною причиною цього. Наприклад, на синдром Дауна припадає близько 40 % випадків. Ще 30 % є наслідком окремих генетичних розладів, зовнішніх чинників, таких як інфекція матері, кисневе голодування плоду та алкогольний синдром плоду, тоді як остання третина випадків не має відомої причини [99].

Класифікація за формою важкості вад психічного розвитку варіюється від легкого до середнього, а потім глибокого. Людина з легкою формою, яка має відповідну підтримку та супровід, має можливість жити цілком самостійно в громаді, може мати повноцінне життя, роботу, відпочинок та соціальне життя. Ті, хто мають помірний або глибокий рівень інвалідності, потребують значно більшої підтримки, навіть якщо збережені основні функції тіла.

В Австралії чинна політика охорони здоров'я та громадських послуг для людей з обмеженими можливостями виступає за «нормалізацію» та «інтеграцію» у життя громади. Ця позиція поступово розвивалася протягом останніх 20-ти років, відповідно до інших соціальних змін, що сприяють рівності соціальних можливостей для всіх людей. П'ятдесят років тому батькам, які народили дитину-інваліда, було запропоновано помістити цю дитину до державної установи та забути про неї [115].

Сучасні реабілітаційні тенденції та програми дають змогу виховання дітей з вадами психічного та розумового розвитку вдома, наскільки це можливо, інтегруючи їх у життя школи та громади. Є спеціальні установи та програми патронатного виховання й обміну, які пропонують сім'ям низку послуг, щоб допомогти в догляді за членами сім'ї з особливими потребами. На цей час існує така практика, як заміна великих установ для догляду за дітьми та дорослим з вадами психічного і розумового розвитку на менші домашні резиденції (житлові будинки сімейного типу), де дорослі люди з обмеженими можливостями в ідеалі мають значно більше можливостей самостійного життя з опосередкованим доглядом.

Відповідно до цієї філософії нормалізації соціальних взаємовідносин, завдання для практикуючих викладачів

хореографії у галузі інтелектуальних обмежень полягає у тому, щоб запропонувати безцінний досвід танцю, який покращує самопочуття та самореалізацію клієнтів, надаючи їм можливість максимальної творчої та фізичної реалізації себе як людини, якою вони можуть бути. На відміну від психологічних розладів, які традиційно належать до сфери танцювальної терапії, інтелектуальна вада не є обов'язковою умовою для лікування за допомогою терапії. Отже, надання танцювального терапевта у галузі інтелектуальних вад не полягає у повному вилікуванні чи у процесі лікування, а в альтернативі «нормалізуючого» та «інтегруючого» досвіду й надання рядових можливостей, які є частиною вибору для будь-якої іншої людини у спільноті. Наприклад, попередній Президент американської асоціації хореографічної терапії ADTA Джудіт Банні описала цілі програм танцювальної терапії, придатні для «навчання дітей та дорослих людей з обмеженими психічними та інтелектуальними можливостями, розумово відсталих та тих, хто має аутистичні розлади», як «сприяння розвитку кінестетичної свідомості, координації, здатності зосереджуватись і більш чітко визначеному почутті під час зміни положень тіла» [118, с. 8].

Кім Данфі (B. A. Grad. Dip. Movement and Dance, M. Ed (Мельбурн)) – викладач соціального танцю, який багато працював у галузі інтелектуальних вад. Її досвід охоплює групи для дорослих та дітей у денних навчальних центрах та спеціальних школах країни, спеціальній школі розвитку Bayside та групі танцю «Break Out» у Мельбурні. Також з досвіду, що виник у процесі обговорення професіоналами терапевтичного танцю США, спрямованого на створення креативного танцю та танцювальної терапії Silk (1989) Шауна Мак Еван та Фіони Кук, Маргарет і Рос Морріс з Break Out Older задокументувала програму рухової терапії з групою адаптації, яку вона очолювала в Нью-Джерсі [140, с. 9]. Суть креативної танцювальної терапії ґрунтується на тому, що люди з вадами розумового розвитку менше переймаються доцільністю та координацією їхніх рухів, вони під час імпровізації діють більше на інтуїтивному рівні, а отже їх імпровізація в хореографії виглядає більш новаторською, самобутньою. Танцювальна терапія «Silk» запропонувала людям з вадами психічного розвитку можливість вибору, розвитку ідей та зміцнення лідерських можливостей завдяки танцювальному досвіду. Поки учасники отримували

навички та покращували свою фізичну форму, головною метою Silk було розвинути їхню волю та радість руху.

У праці Гатрі та Ройдхауза (1988) «Приходь і приєднуйся до танцю» [129] задокументовано «творчий підхід до руху для дітей з особливими потребами» на основі системи Лабана. Хоча вони забезпечували творчий руховий досвід, цілі програми Гатрі та Ройдхауса були, безумовно, терапевтичні, а не художні, покликани надати дітям «широкий спектр сенсорної рухової активності для стимулювання розвитку когнітивних функцій та навчання відповідно до потреб кожної людини незалежно від їх рівня психофізичного розвитку» [129].

Ознайомлення з літературою в галузі танцю, танцювальної терапії, спеціальної освіти та мистецького суспільства виявило низку танцювальних програм для дітей та дорослих людей з вадами розумового розвитку. Підходи та основи філософії варіювалися від психотерапевтичного до орієнтованого на ефективність. Однією з найвідоміших танцювальних терапевтів, які працюють у межах психотерапевтичної діяльності, є доктор Марсія Левенталь з Каліфорнії, США. М. Левенталь 1980 року описала свою віру в те, що танцювальна терапія є прекрасною альтернативою для лікування дітей з емоційними розладами та порушеннями навчання, уточнюючи відмінності між навчальним і творчим досвідом танцю та терапевтичною хореографією. Хоча обидва види хореографічної діяльності поділяють на основні інструменти, рухоме тіло, що справляється із силою, часом, простором та потоком, М. Левенталь вважає, що основний акцент у творчому хореографічному мистецтві ставиться на побудові техніки та розвитку форми танцю. Танцювальна терапія, навпаки, заохочує самовираження через танець, як процес емоційного розуміння, інтерпретації та рухового діалогу між терапевтом та дитиною. Для дорослого населення дослідження Е. Овакі (1976) [118, с. 24] показує, що психофізичний стан тіла покращується завдяки танцювальній терапії.

Хоча інтерпретації сенсу та хореографічного впливу на дітей, а також дорослих з вадами фізичного та розумового розвитку терапевтичних програм М. Левенталю [129] та С. Ломан [131] відрізняються від терапевтичних програм, які існують у сьогоденні, задокументовано ефективність програм, які зосереджуються на фізичних аспектах танцювальної практики. Дж. Бахман і

Д. Слоуйтер (1988) [116] повідомляють про позитивні наслідки програми аеробних танців для дорослих відвідувачів денного центру активності для дорослих з інвалідністю. Студенти, які тричі на тиждень відвідували заняття хореографією та фізичними вправами, демонстрували зменшення неадекватної поведінки, включаючи невідповідну вокалізацію, патологічні рухи та інші види порушень.

Зокрема, Г. Типпл (1975) «Dance therapy and education program» задокументував поліпшення постави, ходьби, загального рівня впевненості та врівноваженості для жінок з реабілітаційного центру для людей з вадами фізичного та психічного розвитку у м. Онтаріо, після різноманітної танцювальної програми, яка включала балет, теп-денс, бальний та акробатичний танець [143].

Окрім заходів, орієнтованих на терапію чи фізичні вправи, було задокументовано низку програм, орієнтованих на ефективність. У Сполучених Штатах Америки існує жива культура творчих мистецьких занять для людей з обмеженими можливостями, як спеціально орієнтована на поділ на групи відповідно до роду фізичних та психічних порушень, так і на інтегровані групи для дітей без порушень (тобто для дітей з інвалідністю та без неї). У Сан-Франциско компанія Prime Movers виросла з розважальної танцювальної програми для дорослих з інтелектуальними вадами (Hugill, 1992). Енн Ріордан (1989) розповіла про еволюцію виконавської групи Sunrise Company із програми відпочинку та реабілітації для дорослих з інтелектуальними порушеннями в Центрі трудової діяльності в Солт-Лейк-Сіті, штат Юта США. Після першого знайомства з Мелісою Ріордан, яка створила власну систему стрейчінгу, адаптовану для розминки в спеціалізованому класі хореографії для людей з вадами фізичного та розумового розвитку (Break Out Young Adults), вона привела своїх учнів до вивчення танцювальних форм на основі імпровізації і, нарешті, до рівня танцювальної діяльності як виду мистецтва [131].

Об'єднана танцювальна компанія «Аліто Алессі» в штаті Орегон США, до складу якої входять як люди з інвалідністю, так і здорові танцівники, на весь світ відома своїм унікальним стилем контактної імпровізації Dance Ability (Paxton, 1992) [116, с. 9]. Хоча робота «Алессі» переважно зосереджена на інтеграції людей з фізичними та сенсорними вадами, він активно заохочує усіх, хто

може слідувати інструкціям, брати участь у заходах «Dance Ability». Контактна імпровізація як засіб сприяє вивченню можливостей руху як працездатних, так і людей з вадами фізичного та розумового розвитку, навіть тих, хто сильно обмежений у рухливості та спілкуванні. Ще дуже цікавим видався мені проект Данфі, який мав на меті не вершини хореографічного мистецтва, а просто приємні, позитивні емоції та враження після його проходження. Це видавалося особливо важливим, оскільки в школі на той час не було програми вивчення мистецтва, асоційованої на людей з обмеженими фізичними та психічними можливостями, яка б запропонувала навчальні програми з музики, театрального мистецтва та танцю. На прикладі одного зі студентів Мойше, який мав затримку психічного розвитку, хоча і володів обмеженими навиками мовлення, був одним із студентів який, здавалося, отримував велике задоволення від регулярних танцювальних занять та репетицій. Його захоплення хореографією та виступами свідчило про його розуміння та спектр позитивних відчуттів, експансивні рухи та його постійні спроби керувати класом через словесні та фізичні вказівки персоналу та колегам-студентам. Один із позитивних наслідків танцювального досвіду виявився під час короткого періоду розслаблення в кінці одного заняття. Хоча багатьом дітям було надзвичайно важко лежати нерухомо на підлозі навіть кілька хвилин, Філіп, студент з ПІР, який, як правило, тяжко зосереджувався та був гіперактивним, дійсно дозволив собі розслабитися, віддавши свою вагу підлозі і пасивно насолоджуючись атмосферною музикою [116, с. 10].

Хоча було багато тих, хто, здавалося, справді отримав користь від цього нового досвіду, були й інші, для яких групові танцювальні сеанси здавалися не особливо приємними. Багатьом дітям з обмеженими можливостями рутинна технічна робота, як і шум та хаос навколо (хоча і контрольований хаос) не надто подобалися та викликали неоднозначні фізичні та психічні реакції. Якраз тут справа в адаптивних можливостях організму, а також у неможливості зосередитися у зв'язку зі зростанням подразників навколишнього середовища навкруги, що може призвести до неконтрольованого психоемоційного зриву. Тому в групах дітей зі ЗПР треба працювати обережно, починати з невеликого тренування, тривалістю 15 хв. із наступним поступовим збільшенням часу.

Другою метою проекту було надати студентам можливість продемонструвати свої досягнення в мікросоціумі, а саме в ганцювальній залі. Оскільки діти з вадами фізичного та психічного спектру мають можливість ділитися спеціальними заходами зі своїми батьками, тому також важливо, щоб батьки дітей з обмеженими можливостями мали змогу насолоджуватися та підзначати досягнення своїх дітей. Це ще один надзвичайно важливий чинник, що стосується роботи з дітьми з ЗПР та з їхніми батьками. Звичайно, батьки дітей, які не мають фізичних чи психічних вад, чекають результатів роботи над їхніми дітьми, а батьки дітей з вадами психічного та розумового розвитку чекають їх значно більше. Кожне маленьке досягнення їхньої дитини – це вже величезний прорив. Тож співпраця з батьками та контакт із ними просто необхідні для мотивації та плідної роботи з дітьми з вадами фізичного й інтелектуального розвитку [131].

Як приклад, можемо зазначити хореографічну школу Бейсайду з її готовністю одягатися в костюми та продемонструвати здобуті хореографічні навика у процесі спільного навчання, що сприяли успішному завершальному виступу [129, с. 35]. На основі теми «Олімпіади», студенти створювали структуровані хореографічні імпровізації навколо своїх улюблених видів спорту. Гігантський парад, як церемонія закриття Олімпійських ігор, був доречним та доступним способом залучити всіх танцівників, навіть тих, хто прикутий до інвалідних візків. Здавалося, батьки справді насолоджувалися видовищем.

Враховуючи вищенаведене можемо зробити висновок, що проведене нами дослідження вказує на широкий спектр ефективних застосувань руху, хореографії, танцю та танцювальної терапії для людей з інтелектуальними вадами. Науковці з Австралії, Америки та України вказали на позитивні результати психотерапевтичної танцювальної терапії М. Левенталь (1980) [129], творчих підходів до вивчення танцю Гатрі та Ройдхаус (1988) [32], Хагілл (1992) та Silk (1989) [140]. Інші корисні хореографічні рухові програми охоплюють аеробний танець Бахман і Слайтер (1988), контактну імпровізацію Пакстон (1992) [139] та джаз-танець О. Плахотнюк [64; 68; 134; 135:].

Досвід роботи з дітьми з ЗПР та ПІР у хореографічній студії «Be Free» м. Іршави, а також у програмі системи інклюзивної освіти

в загальноосвітньому закладі середньої освіти вказує на переваги творчого хореографічного розвитку, враховуючи здібності, можливості та інтереси учнів з вадами психічного і розумового розвитку, відповідні розміри класів та склад та підтримку асистентів. Діти з легкими вадами психічного розвитку, які могли найкраще справлятися з шумом, стресом та різними додатковими особливостями групової роботи отримують позитивний фізичний соціальний досвід. Діти з більш важкими обмеженими можливостями вважають групову діяльність складнішою, в такому разі краще застосовувати менші групові або індивідуальні програми. Танцювальні виступи пропонують багатьом дітям та їхнім батькам, але однозначно ті діти, що мають досвід публічних виступів, отримують від них додатковий позитивний досвід, діляться своїми досягненнями з іншими, включаючи сім'ю, друзів, викладача та інших учнів колективу і це для них найвища насолода, мотивація та новий щабель у рівнях самоствердження.

* * *

3.2. Відхилення аутичного спектру та заняття хореографією. Вплив імпровізації на соціалізацію дітей з аутичними розладами

Аутизм (розлад аутичного спектра) є наслідком порушення розвитку головного мозку, що характеризується вродженою та поширеною відсутністю соціальної взаємодії та спілкування.

Дитина поводиться так, ніби їй бракує функціонального та соціального зв'язку і сприйняття, але більш ретельне обстеження виявляє також сенсорні порушення. Батьки дітей з аутизмом скаржаться, що їм дуже важко привернути увагу своїх дітей. Зазвичай діти з аутичними розладами не вступають у зоровий контакт зі своїми батьками та/або не повертають голови у відповідь на мовлення, звернене до них.

За сучасною теорією походження аутизму, яка була представлена нейропсихологами з Університету Монреалю, аутизм є особливим варіантом функціонування мозку, а не розладом або

патологічним станом. За думкою науковців, у дітей з аутичними проявами є свої переваги: вони значно скоріше і чіткіше здатні запам'ятовувати дрібні деталі (немов фотографують реальність), ігноруючи при цьому емоційні чинники. Існують теорії, що розлади аутичного спектру та гіперактивність – протилежності, однак нерідко це все поєднується в одній людині. Діти з аутичними розладами прагнуть контактувати з соціумом, але не здатні його легко встановлювати внаслідок того, що їм важко розпізнавати міміку, жести, інтонацію, натяки. Перепади настрою та істеричні напади можливі внаслідок сприйняття навколишнього світу якострено (шум, світло, тверда матерія), неможливості регуляції уваги внаслідок цих подразників.

Діти з аутизмом зазвичай не розвивають тісного емоційного зв'язку з батьками. Це проявляється в перші місяці життя, коли батьки виявляють, що дитина не чіпляється до матері, перебуває на її руках, а іноді чинить опір фізичному контакту, витягує спину і намагається втекти з батьківських рук [115].

Спалахи гніву та агресії дуже часто трапляються у дітей з аутизмом. Ця агресія може бути націлена як на себе, так і на інших дітей, коли вони кусають руки, б'ються головою об підлогу, ламають меблі або б'ють себе в обличчя. Іноді агресія спрямована на інших, і тоді діти кусають, дряпають або б'ють батьків. Більшість батьків дітей з аутизмом скаржаться, що їм важко з ними справлятися, вони погано переносять розчарування і реагують навіть на найменший бар'єр або заборону спалаху гніву. Діти з аутизмом часто можуть демонструвати «самостимулюючу» поведінку у формі ритуальних, повторюваних стереотипних дій. Вони постійно розмахують цілим тілом або сидять, плескаючи в долоні, обертаючи предмети, дивлячись на світло, вентилятори та інші предмети, що обертаються, вишиковуючи предмети в красиві ряди, стрибаючи, присідаючи або крутячись в одному місці протягом тривалого періоду часу.

Інтелект більшості дітей з аутизмом падає. IQ (коефіцієнт розумового розвитку) розподіляється так: у половині він становить менше 50, у чверті – від 50 до 70, в іншій чверті – перевищує 70 [13]. Фізичний розвиток у чистих формах дитячого аутизму зазвичай нормальний. Аутизм часто асоціюється з епілептичними нападами та глухотою.

Причини раннього дитячого аутизму часто пов'язані з генетичними порушеннями, а саме порушуються синаптичні зв'язки кори головного мозку; існує таратогенна теорія, яка пов'язує аутизм із порушеннями формування мозку через вплив шкідливих речовин та чинників (стрес, алкоголь, нікотин, наркотичні речовини) у першому триместрі вагітності на організм жінки; ми припускаємо, що на розвиток аутизму впливає оточення та ставлення до немовляти, поствакцинальні явища та ще низка припущень, які, однак не отримали наукового обґрунтування [109, с. 119].

Хореографія безумовно чудово впливає на дітей з аутизмом. Спостерігається позитивна динаміка змін емоційного стану, зміцнює опорно-руховий апарат, покращує рухову та зорову пам'ять, діти вчаться концентруватися й утримувати увагу, набувають ораторських навичок, уроки сприяють зростанню їхньої загальної культури, виховують такі якості, як дисциплінованість, наполегливість у роботі, терпіння, впевненість у собі.

Корекційно-розвивальна робота з аутичними дітьми досить складна з огляду на специфіку цього порушення. Протягом століть термін «аутизм» використовували в психіатрії досить широко, виступаючи в якості позначення і для відсутності у людини потреби в спільній діяльності, і замкнутого способу життя, і хворобливого занурення в свої думки, порушення самосвідомості, а також способу психологічного захисту.

Поступово стало складатися уявлення про РАС як про особливе відхилення психічного розвитку особистості, головними проявами якого були порушення процесу спілкування зі зовнішнім світом і труднощі у формуванні емоційних контактів з іншими людьми, з чого випливала необхідність не тільки медикаментозного лікування, скільки корекційного навчання і виховання з використанням особливих, специфічних для РАС, форм і методів.

Образ тіла є одним із найважливіших компонентів тілесного усвідомлення в розвитку людини, який відсутній у аутичних дітей. П. Шилдер визначає образ нашого тіла, який ми формуємо в нашій свідомості як спосіб, яким уявляємо собі наше тіло. Розвиток образу тіла відбувається паралельно у сенсомоторному розвитку. На його думку, існує взаємодія між рухом і способом відчуття тіла у просторі. П. Шилдер відзначав, що «рух впливає на образ тіла і веде через

зміну у пропріоцептивному розумінні тіла до зміни психічного стану» [10].

Зокрема, М. Чейс стверджувала: «Так як рух впливає на образ тіла і на зміну психічного відношення, то якщо ви попрацюєте з почуттям неправильного пропріоцептивного розуміння тіла в дії, то це змінить ваше психічне сприйняття себе, ставлення до себе» [115].

Натомість М. Левенталь стверджувала, що хореографія для дітей з розладами аутичного спектру «фундаментально працює з розвитком та інтеграцією сенсорних систем і пов'язаною з ними моторикою, в підсумку вибудовуючи образ тіла і розвиваючи Я-концепцію» [129, с. 34].

Імпровізаційні дії з'єднують рух усього тіла і сенсорний вплив, що викликається таким рухом. Сенсомоторна інтеграція охоплює взаємодію вестибулярного, тактильного, пропріоцептивного, аудіального і візуального каналів з руховою активністю.

Сенсорна інтеграція – взаємодія всіх органів чуття, здатних швидко і всебічно реагувати на певні подразники і виконувати відповідні дії. Чуттєве сприйняття має три основні системи, які є основою всіх складних сенсорних взаємодій:

- вестибулярна система – система рівноваги;
- тактильна система – шкіра, тактильна система, система зовнішнього сприйняття;
- пропріоцепційна система – моторна система сприйняття (скелетно-м'язове відчуття) – сприйняття положення тіла людини і зміни положення в просторі.

Ці три типи чутливості працюють на основі відчуттів (подразників, що впливають на органи чуття), які виробляються або сприймаються поблизу тіла чи безпосередньо в тілі людини і відповідають за формування самосвідомості та образу тіла.

Тому основною метою сенсомоторної інтеграційної терапії є розвиток взаємодії між дотиком, пропріоцепцією, вестибулярною та руховою системами як передумови для формування інших систем. Розлад сенсорної інтеграції стосується руйнування ланцюга, аналізу та причинно-наслідкового зв'язку, обробки інформації сенсорною системою. Порушення цих трьох основних відчуттів проявляється як підвищена чутливість (гіперфункція) у вигляді сенсорного захисту або ж зниження чутливості (гіпофункція) у вигляді самостимуляції, сприйняття подразників і свідомої реакції на подразники, тобто

відповідного ланцюга реакція-подразник. У першому випадку підвищується чутливість до сенсорних подразників.

Щоб уникнути неприсмих вражень, діти намагаються захиститися від прямого впливу, встановити відповідний стан до відчуження, сформувати негативну вибірковість до сенсорних подразників: у центрі уваги – страх перед цими подразниками та нерозуміння своїх фізичних і психічних реакцій на них.

У другому випадку через відсутність активного контакту з навколишнім середовищем знижується чутливість до сенсорних подразників. Особливе захоплення у дітей викликають якісні присмих вестибулярні відчуття, пропріоцепція, дотик, пов'язані зі зміною просторового положення тіла, відчуттями та зіткненням м'язів, зв'язок та суглобів. Такий стереотип і самостимуляція – несвідомий, повторюваний рух, так званий патологічний рух, терапевти розглядають як спосіб для дітей-аутистів мати невербальну взаємодію та емоційний контакт із зовнішнім світом. Стереотипні рухи також можуть бути ознакою відчуття перевантаженості, позитивних чи негативних емоцій та з'являються при зміні оточуючого середовища [115].

Терапія за допомогою ритміки та хореографії має такі переваги для дітей з аутизмом:

- боротьба зі сенсорними проблемами. Оскільки музика стимулює почуття, вона зачіпає сенсорні проблеми, фокусує увагу і допомагає перенаправити та відновити поведінку в бік соціально відповідної поведінки;

- емоційні відповіді і самовираження. Хореографія та музика дає дітям з аутизмом можливість рухатися, танцювати, співати або шуміти, що є способами вираження емоцій;

- стимуляція когнітивних функцій. Обидві півкулі мозку використовують для обробки ритму та продукування на фоні сприятливого музичного супроводу рухів, що дозволяє стимулювати когнітивну функцію.

Отже, аутизм зберігається протягом усього життя людини, але завдяки своєчасній діагностиці та ранній корекційній допомозі можна домогтися значного покращення та максимального наближення до норми, адаптувати дитину до життя в суспільстві, навчити справлятися з власними страхами, контролювати емоції.

* * *

3.3. Організація та проведення занять хореографії та ритміки для дітей із церебральним паралічем

Церебральний параліч (ДЦП) – це група постійних рухових розладів, що з'являються в ранньому дитинстві [11]. Ознаки та симптоми різняться у людей і з часом. Часто симптоми охоплюють погану координацію, спастичність м'язів, слабкість м'язів та тремор. Можуть бути проблеми з відчуттями, зором, слухом, ковтанням та розмовою. Для складання реабілітаційної програми для дитини з ДЦП спочатку необхідно визначити форму захворювання. Існує дві основні класифікації ДЦП. Перший вид відповідно до зони ураження:

- моноплегія – вражає одну кінцівку;
- геміплегія. Цей тип вражає одну сторону тіла. Люди можуть мати або правобічну геміплегію (вражає їх праву руку і ногу), або геміплегію лівої сторони (вражає їх ліву руку і ногу). Приблизно у 40 % людей з церебральним паралічем спостерігається геміплегія;
- триплегія – цей тип вражає три кінцівки – одну руку і обидві ноги. Також можуть бути порушені м'язи тулуба, обличчя та ротової порожнини людини.
- квадроплегія – цей тип вражає всі чотири кінцівки – обидві руки і обидві ноги. Часто страждають і м'язи тулуба, обличчя та рота [55].

Класифікація за зоною ураження головного мозку:

- спастична форма – найпоширеніша форма, якою страждає до 80 % людей з ДЦП. Цей тип змушує м'язи бути постійно в формі скорочення, напруження, що може з часом приводити до появи контрактур. Це результат пошкодження рухового центру головного мозку;
- дискінетична форма – також відомий як атетодійний церебральний параліч – зустрічається у 6 % людей з ДЦП. Цей тип характеризується мимовільними патологічними рухами. Це результат пошкодження базальних гангліїв;
- атаксична форма зустрічається у 6 % людей з ЦП. Цей тип характеризується хиткими рухами і впливає на рівновагу та почуття

людини в розташуванні в просторі, тобто викликає порушення з боку пропріоцепції. Це результат пошкодження мозочка;

– змішана форма означає, що чийсь мозок травмований більш ніж в одному місці, і тому людина відчуватиме симптоми від декількох типів ХП [11].

При спастичній диплегії уражаються руки та ноги, причому ступінь ураження останніх значно більший. Ступінь ураження кистьового суглобу варіюється від сильного паралічу до незначної травми у вигляді легкого дискомфорту від фізичного навантаження. Основними ознаками судомної диплегії є:

- підвищення тону м'язів кінцівок (спазм);
- поєднання необмежених тональних рефлексів при обмеженні потужності рухових навичок;
- порушення якості мовлення, зниження розбірливості та гучності мовлення;
- гіперплазія [139].

При геміпаретичній формі церебрального паралічу пошкоджуються кінцівки з одного боку тіла. Коли задіяна ліва півкуля, часто виникають мовленнєві розлади, такі як спастично-паретична дизартрія або рухові алелі, дислексія, дисграфія.

Пошкодження скроневої частки лівої півкулі може призвести до порушень фонематичного сприйняття. Ступінь інтелектуальної вади варіюється від легкої психічної до глибокої інтелектуальної вади. Прогноз моторного розвитку сприятливий у більшості випадків у разі правильного лікування та корекції в потрібний час [33, с. 26].

Гіперкінетична форма ДЦП включає пошкодження підкіркових відділів мозку. Рухові розлади набувають форми мимовільних бурхливих гіперкінезій. Вони трапляються мимоволі і посилюються при спробах виконати рухи та збудження, а також при втомі та рухових діях [10].

Гіперкінез може охоплювати м'язи обличчя, язика, голови, шиї, тулуба, верхніх і нижніх кінцівок. У цій формі довільну рухливість важко розвинути, рухи переважні, некоординовані, а рухові навички, особливо письмо, важко автоматизувати. Порушення мови спостерігаються майже у всіх дітей, частіше у вигляді гіперкінетичної дизартрії, а розбірливість мови знижується.

Відсутність стійких мовленнєвих порушень (пропуски, заміни, змішання звуків не є постійним), багато спотворень звуків [131].

Атонічно – астатична форма ДЦП: низький м'язовий тонус, дисбаланс у спокої та під час ходьби, відсутність координації, тремор, гіперемія. Хода нестійка, руки розведені в сторони, тулуб робить багато надмірних коливальних рухів, щоб утримати рівновагу. Дитина часто падає, її синхронність і ритм ходи перериваються.

Найважча форма церебрального паралічу – подвійна геміплегія – це форма, що характеризується множинними змінами у мозку, особливо його великих півкуль. Рухові розлади виражаються як на руках, так і на ногах. Клінічні прояви подвійної геміплегії – переважання ригідності м'язів, що посилюється інтенсивними тонічними рефlekсами, що тривають протягом багатьох років. Довільна мобільність відсутня або суворо обмежена. Спостерігаються важкі мовленнєві проблеми. Ці рухові та мовленнєві розлади варто враховувати при підборі рухових, сенсорних та мовленнєвих вправ [10].

Вроджений церебральний параліч – це параліч центральної нервової системи, який може виникнути у дитини через пошкодження певних відділів мозку. Порушення рухових функцій може почати розвиватися в пренатальному або пологовому періоді, а також у перші дні життя. Дитячий церебральний параліч – це поширений спастичний синдром – болісне підвищення м'язового тону та сухожильних рефлексів. Зменшення негативних наслідків цього розладу можливе за допомогою спеціальних вправ, рекомендованих при ДЦП.

Заняття танцями можна проводити в групах або індивідуально. Вони зазвичай відбуваються два-три рази на тиждень в другій половині дня. Тривалість їх не повинна перевищувати 45–60 хвилин, інакше це призведе до фізичної та психологічної втоми.

Структура уроку танцю повинна складатися з трьох частин: вступної, основної та завершальної, кожна з яких вирішує конкретні навчальні завдання. Мета вступної частини – створити емоційно позитивний настрій, підготуватися, зосередитися на наступній діяльності. Доцільно структурувати зміст цього розділу на основі дії (гри) та включати побутові рухи й танцювальні елементи. Основна частина спрямована на розвиток кожної групи м'язів, набуття та

розвиток танцювальних навичок, творчості та музики, розвиток танцювального репертуару і може варіюватися залежно від тем, цілей та ступеня готовності танцювати. Остання частина уроку спрямована на поступове зменшення навантаження на розслаблення та аналіз танцювальної діяльності дітей із церебральним паралічем. Зміст занять повинен включати ігрові та творчі завдання, прості улюблені дитячі танці, дихальні вправи та розслаблення.

При роботі з дітьми з ДЦП рекомендовано використовувати різноманітні комбінації з розвивальних корекційних занять (музику, ритміку, творчі, нейрокорекцію та інші). Кожен вид корекційних занять має своє призначення та функції. Метою занять хореографії та ритміки є покращення координації шляхом використання техніки танцю, стрейчінгу, пропрацьовування м'язів уражених кінцівок, підвищення можливостей опорно-рухового апарату:

- корекційно-профілактичні тренування – для вирішення питання розвитку індивідуальної сили та гнучкості окремих м'язів, запобігання та корекції дрібних анатомо-фізіологічних ефектів;

- музика та ритміка – сприяють розвитку ритму, координації в сукупності з музичним супроводом, розвиток музично-рухової пам'яті, уваги та уваги;

- творчість та образотворче мистецтво – допомагають дітям з ДЦП розкрити свій творчий потенціал, відкрити нові вміння, удосконалити рухові навички, покращити та розвинути мілку моторику.

На заняттях хореографією та ритмікою корекційна робота ґрунтується на взаємодії трьох компонентів: музики, руху та мови. Проблема дітей з ДЦП полягає в тому, що характеристики кожного з цих компонентів певною мірою не відповідають нормі.

Розглянемо перший компонент – рух. У разі дитячого церебрального паралічу порушення рухових функцій є основним і своєрідним відхиленням у руховому розвитку, яке впливає на весь хід розвитку нейропсихологічних функцій без належної корекції. Втрата, якої зазнає центральна нервова система при дитячому церебральному паралічі, порушує нервово-м'язові ланцюги довільних рухів, що визначає одну з основних проблем рухових навичок і відповідно впливає на виконання найосновніших вправ.

Другий компонент – музика. З одного боку, це формує почуття прекрасного, підвищує емоційний настрій, мотивацію до навчання. З іншого боку, найважливішим способом вираження музики є ритм і темп, дотримання яких дітям з церебральним паралічем надзвичайно важко. Різні порушення м'язового тону (судоми, скутість, гіпотонія, дистонія), наявність гіперкінезів, тремору та синтезу не дозволяють виконувати рухи в заданому темпі. Однак, якщо я спробую їм протистояти, дитина може швидко втомитися.

Третій компонент – мова. У роботі вітчизняних та зарубіжних дослідників вказувалося, що церебральний параліч виявляє різні мовленнєві розлади (дизартрія, анартрія, заїкання та ін.) та порушення опорно-рухового апарату. Діти з церебральним паралічем характеризуються різними формами мовного дизогенезу як у формі оборотних порушень (уповільнене скорочення та розвиток мовлення), так і більш стійких системних розладів. Тому завдання, пов'язані з мовленнєвим матеріалом, повинні бути унікальними. Цих відмінностей можна уникнути, якщо використовувати окремі деталі. Виявлені порушення визначають не лише актуальність дослідження, а й необхідність зміни багатьох основних вимог до методів роботи з такими дітьми.

Курс для дітей з дитячим церебральним паралічем розроблений з метою максимального розвитку здатності дитини до максимального особистого фізичного та психічного розвитку та адаптації до соціального середовища. Для досягнення цієї мети необхідно вирішити такі завдання:

- сприяння та доступ до корекційних занять з лікувальної фізкультури та хореографії, що забезпечить зміцнення кістково-м'язової системи;
- методи корекції мовленнєвих порушень (мовне дихання, усна практика, просодія, аудіювання фонем, фонетична вимова);
- розширення та збагачення словникового запасу, зв'язне мовлення, розвиток граматики;
- розвиток психічних функцій (зорових, слухових, пам'яті та уваги);
- розвиток просторового позиціонування;
- здійснювати естетичний та моральний розвиток, використання різноманітних методів навчання та організації середовища (засоби навчання, музичний супровід тощо);

– активувати потенційну творчість, спонукати дітей до прояву ініціативи, імпровізації тощо;

– формування основи соціальної взаємодії за допомогою практики наслідування повсякденної поведінки та тематичних ігор.

Принципи хореографії та побудови занять для дітей з ДЦП:

1. Заняття дітей з ДЦП ґрунтуються на загальних положеннях корекційно-педагогічної роботи з учнями з обмеженими можливостями та теоретичній концепції структурування виявлених порушень (наявність первинних та вторинних порушень), які можуть відрізнитися, внесення компенсаційних коректив.

2. Корекційні заняття – це інтегровані заходи, що поєднують завдання розвитку особистості дітей. Міждисциплінарний підхід класної системи дає змогу зібрати все, що лежить у теорії та практиці психології, медицини, педагогіки та спеціальних методів корекції та розвитку.

3. Значущі та дидактичні прийоми підбираються та реалізуються по-різному, відповідно до віку дітей, структури та складу порушених функцій. Залежно від локалізації мозкових розладів існують різні порушення моторної системи та мови при різних формах дитячого церебрального паралічу.

4. Принцип доступності охоплює правильний підбір завдань, інструкцій, чергування, повторення вправ тощо. Все це визначається руховими, мовними та інтелектуальними здібностями дітей.

5. Принцип дозування надзвичайно важливий при організації та проведенні занять. Це безпосередньо пов'язано з підбором вправ та ігор. Іграшки потрібно обережно залучати в уроки, тому що коли діти граються, вони емоційно збуджені і не відчують втоми. Корисно пропонувати їм вправи та ігри, що мають помірне психофізичне навантаження та загальний фізіологічний вплив.

6. Заняття повинні бути комунікативними. Відомо, що мовлення, як основний засіб спілкування, розвивається за допомогою руху та соціального контакту. У дітей з церебральним паралічем функція спілкування розвивається нерівномірно порівняно з типовим аналогом розвитку, також можемо спостерігати порушення артикуляції, координації рухів що негативно позначається на процесі вербальної та невербальної комунікації. Уроки хореографії та ритміки повинні бути наповнені ситуаціями, які спонукають дітей говорити та спілкуватися. Зміст

корекційних уроків охоплює відповідні матеріали (слова, фрази, вірші, пісні, діалоги тощо), які підбирають з урахуванням рівня мовленнєвого розвитку дітей.

7. Корегувальний ефект реалізується в тісному контексті навчання та виховання, тому він повинен слідувати принципу тематичного планування. Це створює оптимальні умови для загального розвитку дітей та пропонує можливості для більш ефективного навчання.

8. Вправи на розроблення та активацію різних функцій. Загальна рухливість, координація рухів, орієнтація в просторі. Вивчаючи різні рухи, діти вдосконалюють моторику, розвивають м'язові відчуття, просторову орієнтацію та координацію, покращують поставу та підвищують життєвий тонус. Музично-ритмічна діяльність сприяє розвитку чистоти та точності рухів, що надалі впливає на загальну навчальну діяльність учнів. Години занять з фахівцем з фізичної реабілітації з додаванням елементів ритміки та хореографії сприяють розвитку позитивних рис особистості. Діти, активні в класі, ініціативні та вправні у виборі форм руху, стикаючись із необхідністю спільних колективних дій, які виконують ключові виховні функції, починають соціалізуватися та навчатися різним видам комунікації. Заняття з розвитку дитячого мислення мають велике значення. Потрібно розуміти кожне завдання, правила гри та його місце та роль. Потрібно правильно виконувати рухи, вчасно залучати діяльність. Нарешті, нам варто зрозуміти відповідність між обраними рухами та характером музики. Доцільно зазначити, що ці заняття створюють сприятливі умови для розвитку творчої уяви. Важливість уроків у формуванні довільної уваги учнів та у розвитку їхньої пам'яті. Потреби дітей стають організованою та значущою діяльністю у русі та грі.

Атонія м'язів або навпаки їх гіпертонус, погана координація та дискомфорт при виконанні довільних рухів поступово нормалізуються під час фізичних вправ. Одночасно учні повинні навчитися розрізняти напружені та ненапружені м'язи, відчувати своє тіло в просторі та напрямом руху. Велике значення надається поліпшенню координації руху. Все це допомагає подолати типові недоліки уваги дітей. Заняття з ритміки та хореографії покращують спостережливість, збільшують швидкість реакції. Залежно від стану фізичного розвитку дітей учитель чергує заняття та відпочинок,

напругу та відпочинок. Учні поступово фізично та емоційно звикають до посилення стресу, мобілізуючись до тривалої волонтерської діяльності, що позитивно впливає на інші уроки [61].

Важливо зазначити, що специфіка уроку хореографією та ритмікою є позитивним емоційним чинником для всієї діяльності дитини, який повинен забезпечуватися ретельним підбором музичного репертуару, невеликим плануванням уроків та правильним особистим підходом викладачів до кожного учня.

Програма з ритміки та хореографії вивчається в початкових класах закладів середньої освіти, що перебувають у системі інклюзивної освіти, розрахована на 34 години у рік та може бути адаптована, змінена для використання у колективах та танцювальних студіях і спеціальних реабілітаційних програмах для дітей з вадами фізичного й розумового розвитку і містить такі розділи:

1. Вступний урок.
2. Ігрові ритми та вправи для поліпшення просторової орієнтації.
3. Ритмічні та гімнастичні вправи.
4. Гімнастика пальців та вправи з дитячими інструментами.
5. Рухливі музично-ритмічні та пісенно-мовні ігри.
6. Танцювальні та ритмічні вправи.

Для короткочасного активного відпочинку під час занять можна використовувати ряд вправ, що охоплюють різні заходи: введення в загальну рухливість, введення в дрібну моторику, введення в активацію мовлення, вправи, індукція м'язового розслаблення та напруги, правильність, увага активація, дихальні вправи, головоломки, вправи на покращення мілкої моторики, прослуховування різних тематичних мелодій або дитячих пісень, робота в групах, парах тощо. Одним із основних завдань початкової школи є створення несприятливих психолого-педагогічних умов, що сприяють розвитку фізичної та розумової практики дітей молодшого шкільного віку. Спеціально організована рухова активність, фізичні вправи, підготовка, характеристики в дитинстві, позитивний вплив на розумну практичність, розвиток візуального спринту, завершення остаточного успіху.

Комплекс вправ підбирає вчитель з урахуванням здібностей дітей у його класі та з урахуванням теми уроку (вправи повинні бути

пов'язані з метою та цілями уроку). Тематична організація допомагає підтримувати позитивний емоційний стан, інтерес та увагу дітей. Застосування цих прийомів на заняттях з інклюзивними дітьми, що навчаються в початкових класах ЗЗСО показало, що діти краще переходять з одного виду діяльності на інший. Зміна активності суттєво впливає на позитивний емоційний настрій дітей, допомагає зменшити статичне навантаження та зняти психічне напруження, при цьому сприяє не лише розвитку рухової сфери, але і вдосконаленню взаєморозуміння та соціалізації. Варіативний характер навантаження найкраще відповідає віковим особливостям фізіологічного стану молодшого зростаючого організму і тому позитивно впливає на систему кровообігу та дихання.

Після корекційних занять з ритміки та хореографії діти почуваються краще, активізується їхня увага, з'являється інтерес до подальшого засвоєння знань. Застосування системи зміни послідовності та характеру вправ із йогою, розтягом м'язів та релаксаційними техніками у класі зменшує втому, покращує емоційний настрій та працездатність, а це сприяє покращенню рухливості та здоров'я дітей з церебральним паралічем. Правильна організація уроку значною мірою залежить від функціонального стану учнів у процесі навчання, здатності підтримувати високий рівень довготривалої розумової працездатності та запобігання передчасній втомі.

Заняття хореографією для дітей з ДЦП проводять у різних формах залежно від ступеня захворювання. Якщо дитина може рухатися самостійно, заняття проходять в активній формі, якщо не може – в пасивній. Як правило, для кожної дитини заняття шукуються індивідуально, залежно від специфіки захворювання. При будь-якій формі захворювання заняття охоплює розминку, танцювальну частину, вправи на розтяжку та релаксацію. Також з урахуванням стану можуть бути включені дихальні вправи.

Отже, у дітей з важкими формами церебрального паралічу спостерігаються множинні розлади, включаючи рухові та сенсорні розлади. Це складний контингент. Як організувати роботу з дитиною, коли вона не має можливості пересуватися самостійно або не сидить. Основними завдання корекційної роботи з такими дітьми є допомогти максимально соціалізуватися, покращити навички до навчання та наповнити життя таких дітей позитивом і змістом.

Перш за все, диференційований спосіб роботи – це здатність кожної дитини пізнавати свої особливості та здібності. Дуже важливо при роботі з такими дітьми зберегти їхню індивідуальність, їхні рухи, врахувати їхні потреби. Тому, вивчаючи здібності організму кожної дитини, ми починаємо працювати з тілом. По-перше варто цінувати появу довільних рухів для у дітей з ДЦП. Дійсно цінним є будь-який руховий навик, набутий свідомо. Але у дітей з церебральним паралічем довільні рухи майже відсутні або дуже важкі. Робота з тілом у таких випадках починається з мінімізацією мимовільних рухів – гіперкінезій, зменшенням контрактур, укріпленням м'язів, що забезпечать покращення рухової динаміки. Простіше кажучи, ми працюємо з тим, що маємо, і перетворюємо весь процес роботи з тілом у веселу гру.

3.4. Корекція поведінки, рухових та психічних порушень заняттями хореографією при синдромі Дауна

Синдром Дауна відомий як трисомія 21 – це генетичний розлад, спричинений наявністю всієї або частини третьої копії 21 хромосоми. Зазвичай це пов'язано із затримкою фізичного розвитку, легкими та помірними розумовими відхиленнями та характерними рисами обличчя. Середній коефіцієнт інтелекту молодій дорослій людині з синдромом Дауна становить 50, що еквівалентно розумовим здібностям восьми- або дев'ятирічної дитини, але це може сильно відрізнятись [77].

Відомо, що синдром Дауна є диференційованою формою психічного недорозвинення, що відрізняється істотним поліморфізмом як у клінічній картині, так і в проявах фізичних, психічних, інтелектуальних і емоційних якостей.

У цей час досить актуальною залишається проблема розвитку і корекції порушень рухової сфери дітей зі синдромом Дауна. У дітей зі синдромом Дауна відзначають диспластичність фігури, загальну м'язову гіпотонію, підвищену виснажуваність. У багатьох дітей зі синдромом Дауна більшою мірою порушена загальна моторика.

Ефективність вирішення названої проблеми визначається багатьма умовами, в тому числі і подальшим вивченням специфіки структури дефекту у різних категорій дітей, корекція рухового розвитку через адаптивне фізичне виховання [99, с. 144–150].

Немовля, народжене зі синдромом Дауна, має характерний вигляд – обличчя монголоїдного типу, трохи менший череп, а іноді і непропорційно короткі кінцівки. Синдром Дауна означає, що дитина розвивається повільніше від своїх однолітків і пізніше проходить загальні стадії розвитку. Буденні, звичні для здорових дітей речі, такі як одягання, прогулянки, читання, правопис для дітей з синдромом Дауна будуть складними. Діти з синдромом Дауна мають різний рівень розумових здібностей, особливі поведінкові патерни та рівень фізичного розвитку. Вони можуть значно краще розвивати свої навички, якщо живуть вдома, в атмосфері любові, якщо навчаються за спеціальною програмою раннього розвитку в дитинстві, отримують спеціальну освіту, медичну допомогу, особистий план реабілітації та позитивно ставляться до навколишнього середовища. За цих обставин люди з синдромом Дауна руйнують один із основних стереотипів, що всі вони не здатні зрозуміти іншу людину і не можуть навчатися. Зараз в Україні існують безліч організацій, які допомагають батькам виховувати дітей із синдромом Дауна [115].

Через відмінності у здібностях дітей із синдромом Дауна батькам та вчителям важко встановити закономірності та визначити тенденції навчання таких дітей. Щодо методики подачі матеріалу таким дітям, варто зазначити, що треба застосовувати конкретні, не абстрактні поняття, викладати поступово, постійно повторюючи пройдений матеріал.

У дітей зі синдромом Дауна спостерігається затримка в розвитку моторики. Ходити вони починають не до 12–14 місяців, як у нормі, а до 15–36 місяців. Окрім того, у них проявляється затримка розумового і мовного розвитку [129].

Заняття хореографією допомагають збільшити темпи розвитку рухливості та моторики. Хореографія позитивно впливає на підвищення м'язового тонуусу і зміцнює весь організм. Танцювальні рухи, оскільки вони становлять помірне, систематичне, дозоване фізичне навантаження впливають на покращення кровообігу у внутрішніх органах, сприяють стимуляції та збільшенню

надходження кисню до головного мозку, нормалізують роботу залоз внутрішньої секреції. Часто у дітей з синдромом Дауна слабкі м'язи, а також складності з координацією рухів, тому їм особливо корисні силові вправи та вправи на баланс.

Дорослішаючи, діти з синдромом Дауна часто набирають зайву вагу і саме фізично активні заняття, такі як хореографія та ритміка допомагають їм залишатися стрункими та гнучкими.

Хореографія в поєднанні з дихальними вправами сприяє розвитку правильного сприйняття власного тіла, концентрації уваги і пам'яті, що просто необхідно дітям з затримкою в розвитку.

Освоювати хореографію для дитини необхідно під керівництвом досвідченого викладача. Найкраще займатися в маленькій групі, так учитель зможе приділити кожній дитині достатню кількість уваги. Окремі фахівці вважають, що дітям протипоказані складні вправи, оскільки їхня нервова й ендокринна системи недостатньо розвинені і навантаження можуть перешкодити природному росту. Однак медитацію, прості вправи і танцювальні рухи без затримки дихання можна виконувати без побоювань.

Хореографія – прекрасний засіб психотерапії. Танцювати особливо рекомендується тим, у кого відзначається підвищене почуття страху, тривожність чи занижена самооцінка, а також людям, схильним до депресії.

Кожен жанр хореографії має своє емоційне забарвлення, тематику, потребує співпраці з іншими людьми, відповідно надає можливості дітям зі синдромом Дауна пізнати навколишній світ, людину та соціалізує. Танець гармонійно розвиває все тіло, покращує стан моторики, допомагає стабілізуватися нервовим процесам. Залучення фізичних вправ в урок хореографії сприяє розвитку опорно-рухового апарату, збалансовує рівномірний розвиток правої та лівої півкуль мозку, тонізує м'язи, розвиває координацію рухів, забезпечує розширення діапазону рухової діяльності, одночасно тренуючи при цьому дихальну та серцево-судинну системи, відповідно забезпечує підвищення життєвої активності.

Метою роботи з дітьми зі синдромом Дауна є соціальна адаптація та можлива інтеграція в суспільство, виховання та формування у них правильних поведінкових патернів.

Основна увага в роботі з такими дітьми спрямована на формування навичку навчання. Діти повинні розвивати навички культурної поведінки, спілкування з людьми, адаптації до життя в суспільстві. Вони повинні вміти висловлювати прохання, захищатися або уникати небезпек.

Діти зі синдромом Дауна мають не тільки слабкі, але і сильні сторони. Відповідно, потребують не стільки спрощеної, скільки індивідуальної програми навчання:

- поліпшення концентрації уваги;
- зниження тривожності в спілкуванні;
- збільшення активності [131].

Сприятливі соціальні умови і вибір різних способів взаємодії з навколишнім середовищем сприяють успішності соціально-психологічної адаптації дітей зі синдромом Дауна.

Надзвичайне місце у хореографії для дітей зі синдромом Дауна варто віддати імпровізації. Заняття танцювальною імпровізацією допомагають дітям подолати відставання в психо-емоційному розвитку. Зміна музичного супроводу (ритму, характеру) забезпечує розвиток уваги, швидку адаптацію до змін, урізноманітнює спектр рухів, розвиває музикальність, стимулює м'язову діяльність, сприяє розвитку креативного мислення.

Розглянемо методику корекції рухових порушень у дітей зі синдромом Дауна. Суть запропонованої методики корекції основних рухових порушень у дітей полягає в розробленні комплексів вправ, спрямованих на формування основних рухових навичок з використанням хореографії та ритміки. Ця методика передбачає групові заняття. Заняття за цією методикою доцільно проводити два рази на тиждень (наприклад, у вівторок і п'ятницю). Важливо, щоб інтервал між заняттями був приблизно однаковий. Тривалість основного заняття повинна становити 30–40 хвилин, 20 хвилин відводяться на розминку. Кількість дітей у групі – 6–8 осіб, кожному дитину повинен супроводжувати дорослий. Заняття відповідають постійній структурі, всередині якої відбуваються зміни. Початок і кінець занять, а також зміна видів діяльності чітко визначені, очевидні для дитини й утворюють своєрідну рамку, усередині якої вона відчуває себе безпечно і впевнено. У приміщенні, де проводять заняття, є постійні зони, що полегшує дітям орієнтування в

просторі. Заняття повинно містити три частини: вступну, основну і завершальну.

Вступна частина складається з привітання, розминки, самомасажу під музичний супровід і проходження «смуги перешкод» з використанням різного інвентарю (масажних килимків і м'ячів, лавок, обручів, фішок, тунелів і т. д.). В основній частині заняття вправи підбирають так, щоб при формуванні або розвитку певної навички також дитина використовувала і повторяла елементи з попередніх занять. Кожну дію розучують з дитиною окремо, потім дії з'єднують у ланцюг, утворюючи складну дію.

Для кожної дитини складають індивідуальний план поетапного розвитку. Вона може освоювати одночасно 2–3 навички, які пов'язані між собою, однак тренер вибудовує чітку систему ускладнення і поетапного освоєння нових рухових навичок. В умовах групового заняття важливо подати матеріал так, щоб кожна дитина була частиною колективу і мала можливість для індивідуального розвитку. Оскільки діти зі синдромом Дауна найкраще засвоюють матеріал візуально, важливо, щоб кожна дитина добре бачила тренера та інших дітей. У цій методиці враховані особливості мовного розвитку, характерні для певного вікового етапу, і особливості розвитку пам'яті у дітей зі синдромом Дауна.

Узагальнюючи вищесказане можемо скласти висновок, що незважаючи на те, що у дітей зі синдромом Дауна знижений інтелект, проте, такі діти мають низку особливостей, які уможливають їх залучення до суспільного життя поза родину, начальним закладом, колективом, даючи можливість в майбутньому стати повноцінними соціальними одиницями суспільства. Кожна дитина має свої схильності і здібності. Діти зі синдромом Дауна – не виняток. Наприклад, діти зі синдромом Дауна дуже добре чують та розуміють музику, вони артистичні, емоційні. Також вони мають здатність наслідувати оточуючих людей, копіювати їхні жести, рухи.

3.5. Корекція гіперактивності та дефіциту уваги шляхом запровадження занять ритмікою та хореографією в систему реабілітаційних заходів

Спостерігаючи за поведінкою дитини на заняттях хореографією, за її емоційним станом, можна визначити, які види уваги переважають в її діяльності, але, крім того, можна визначити і рівень розвитку властивостей уваги.

У дітей виділяють три види уваги:

- 1) довільна;
- 2) мимовільна;
- 3) післямимовільна.

Щоб дитина могла опанувати мистецтво танцю, у неї повинна розвиватися здатність до запам'ятовування.

При запам'ятовуванні хореографічних рухів користуються деякими видами пам'яті, один із таких видів – це рухова пам'ять. Рухова пам'ять є чимось іншим, як запам'ятовування власних рухів. Воно виражається у вигляді освітніх навичок. Оволодіння базовими техніками ходи, бігу, стрибків та іншими, а також комбінаціями хореографічних рухів – результат рухової пам'яті.

Так само величезну роль у запам'ятовуванні елементів танцю відіграє словесно-логічна пам'ять. Деякі діти запам'ятовують рухи за допомогою словесного пояснення. Педагог-хореограф повинен враховувати це.

У хореографії при запам'ятовуванні рухів ми також користуємося й образною пам'яттю, слідуючи сприйнятому зоровому образу. Дитина починає згадувати про те, в якій послідовності повинні виконуватися рухи, і як педагог їх методично пояснив, у цьому випадку термінологія для дітей часом втрачає своє справжнє призначення і тоді для дітей придумують назви, які більш-менш запам'ятовуються, а тому більш ефективні, а також викликають певні асоціації.

Заняття в групі були спрямовані на розвиток комунікативних якостей: вміння спілкуватися з однолітками, виконувати разом з усіма прості рухи, обігравати за допомогою жестів поспівки і невеликі вірші.

Великою мірою поведінка дитини визначається і її індивідуально-психологічною спрямованістю, темпераментом, тому їй підходи до дітей мають бути індивідуальними.

Спочатку гіперактивні діти не могли відразу сконцентруватися на сприйнятті музики, а їх безконтактність була причиною відсторонення від участі в загальних музичних та ігрових заходах, вони сідали поруч із учителем або, навпаки, відступали в інший кут кімнати. Їм було важко схопити музику та повторити рухи і хореографічні комбінації в новій ситуації, здавалося, вони захищалися від сильних подразників, нелегко було адаптуватися до атмосфери танцювального залу, тому дітям було непросто зрозуміти природу і настрої танцю та музичного супроводу. Ці діти часто не мали проблеми з вербальним і невербальним спілкуванням, розумінням ситуації та завдань, поставлених перед ними.

Тому важливо поступово працювати з дітьми з гіперактивністю, не змушуючи їх виконувати запланованих завдань, лише для того, щоб спочатку допомогти їм звикнути і зацікавитися танцем, музикою та ігровими заходами, спробувати з'ясувати, які музика та стиль танцю подобаються дитині, які причини та емоційні реакції дитина демонструє в класі (позитивні чи негативні) та як вони проявляються. Це все впливає на зміни настрою, поведінку, працездатність дітей з гіперактивністю під час занять.

Після того було складено психологічний аналіз конкретної дитини з групи чи складено висновки щодо психологічної характеристики цілої групи. Варто покластися на те, що групі найбільше сподобалося, а потім паралельно долучити конкретні практики чи методи хореографічної діяльності, з метою вирішення унікальних проблем кожної дитини, які в підсумку дадуть позитивні результати. Тож, з'явиться місток довіри для комфортних емоційних станів, бажання спілкуватися з іншими дітьми, інтерес до різних ігрових дій у класі.

Отже, доцільно зазначити, що хореографія та ритміка можуть допомогти збалансувати психоемоційний стан та поведінку дитини. Наприклад, занадто спритна і нестримна дитина може заспокоїтися через сприйняття музики та фізичну активність, поєднану з творчістю, а виконуючи дії, продиктовані викладачем-хореографом, натхненна зображенням та емоційним станом певного музичного твору, вона може значно покращити свій емоційний стан. І взагалі,

музична «підказка», яка звучить під час занять у класі, стимулює вміння слухати та відчувати музику, сприяє розвитку уваги, виникненню добрих і позитивних емоцій та асоціацій.

Що стосується впливу темпераменту на фізичну, емоційну та розумову активність варто зазначити, що діти, які є сангвініками, добре сприймають вікові навантаження, тому можуть мати відповідний їхньому віку режим дня, тривалість, складність занять. Для дітей із цим типом темпераменту доцільно застосовувати чергування видів діяльності (різні види хореографії, сприйняття музики, імпровізацію), що допомагає вибудовувати динаміку хореографічного заняття таким способом, за якого воно може бути побудовано на зміні настроїв, використанні контрастної за настроєм музики (розслаблення і збудження) або на створенні кульмінації, коли відбувається поступове емоційне насичення і зростання рухової активності, що змінюються до кінця заняття розслабленням (від спокійної, тихої музики і плавних рухів до енергійних, вивільняє енергію рухів, і до кінця заняття знову поступове заспокоєння і розслаблення).

Однак іноді доводиться відступати від традиційної структури занять з такими дітьми, враховуючи стан, в якому діти приходять на уроки. Наприклад, якщо діти розгублені і їм важко сидіти на місці, краще починати з рухливої гри, а потім танцювати – це полегшить перехід до наступної частини уроку.

Діти холеричного типу також можуть мати проблеми під час занять, у них відсутній гальмуючий процес, тому вони швидше втомлюються і вимагають частіших змін у діяльності. Працюючи з цими дітьми, потрібно поступово впроваджувати елементи гри в класі, що визначають правила гри, які спонукають дітей дотримуватися цих правил.

Гіперактивних дітей більше приваблює весела, рухлива музика з чистим ритмом та простою гармонією. Така музика відразу виявилася в їхній руховій реакції та позитивному емоційному настрої. Відповідно таким дітям подобаються більше активні стилі хореографії: хіп-хоп, брейк-денс.

Поведінка дітей меланхолічного та флегматичного складу відображалася у підвищеній зацікавленості та спостережливості дітей та викладача, але не викликала спроб займатися руховою діяльністю. Більшою мірою такі діти реагували на спокійну, плавну

та легку музику, характерну для класичних творів. Музика Баха, Бетховена, Шопена та інших класичних композиторів допомогла дітям досягти рівного, спокійного психоемоційного стану, можливості їх поступової інтеграції у продуктивну діяльність. Класична музика також благотворно вплинула на гіперактивних дітей; це проявилось у зменшенні проявів або зникання у таких дітей хаотичних, різких, імпульсивних рухів, зменшення проявів патологічних рухів. Таким дітям більше подобається партерна гімнастика, класичний танець, стрейчінг.

Розроблено методику корекції гіперактивності та дефіциту уваги шляхом впровадження ряду ритмічних та хореографічних практик у систему реабілітаційних заходів:

Час уроку 45 хвилин.

1. Привітання.

– «Ритм по колу». Ведучий плескає у ритм. Завдання дітей – повторити ритмічний малюнок, підхоплюючи ритм один за одним.

2. Дихальні вправи і самомасаж.

– Сісти на підлогу схрестивши ноги, випрямивши спину. Піднімаючи руку на голову, роблячи вдих, опускає її на підлогу перед собою, видихаючи, злегка згинаючи.

– «Кумедні носики» – потріть ніс пальцями, а потім долонями, поки не стане тепло. Поверніть кінчик носа вправо і вліво 3–5 разів. Виконайте 3–5 розгладжувальних рухів вказівним пальцем обох рук уздовж носа, зверху вниз.

3. Розтяжка.

– «Рядок». В. п. – лежачи на спині. Дитина повинна відчувати підлогу головою, шиєю, спиною, плечима, руками, сідницями та ступнями, а потім описати свої почуття. Наприклад, підлога може бути твердою, холодною, гладкою; шия або ноги незручні тощо.

– «Гойдалка». В. п. – лежачи на спині. Обхопіть коліна руками. Гойдайте спиною, катайте всі хребці на підлозі. Інший варіант – прокрутка вправо або вліво. За вказівкою дорослого дитина завмирає з обох сторін.

– «Кобра». В. п. – лежачи на животі. Долоня спирається на підлогу на висоті плечей. «На вдиху, як кобра, повільно підняти голову, поступово випрямляючи руки і відкриваючи рот, підняти верхню частину тіла, зігніть спину. Ноги і таз повинні бути вільними

і лежати на підлозі». При видиху – повільне повернення і розслаблення.

4. Стабілізація та оптимізація загального тону. Чергування напруження та розслаблення. Руки та все тіло дитини звернені догори (п'ятки не варто відривати від підлоги). Вчитель: «Ми тягнемось, тягнемось, все вище і вище... І тепер здається, що наші руки розслабилися, мимоволі звисають. Зараз розслаблення дійшло до ліктів, плечей».

5. Вправи для вдосконалення спритності та дрібної моторики.

– Стрибки на двох ногах на місці: ноги нарізно і ноги разом; чергування стрибків: ноги нарізно і схрещені ноги. Додаємо роботу рук, використовуючи різні комбінації.

– Гра «Мій трикутний капелюх». Мета – розвинути увагу та емоційне розслаблення. «Мій капелюх трикутний, мій капелюх трикутний. І якщо він не трикутний, це не мій капелюх». Кожен повторює слова кілька разів, кожен раз додаючи позначення слів одним жестом. Завдання кожного з учасників повторити рух попереднього учасника та додати свій.

– «Дзеркало». Вправу виконують у парах. Одна дитина вигадує і показує рух, інша повторює його. Потім діти міняються ролями.

6. Рухлива гра «Бульбашки», виконується в парах. Одна дитина руками створює простір – бульбашку, де друга імпровізує у просторі «створеної бульбашки». Це все відбувається під зміну музичного супроводу.

Практика показала, що емоційна чутливість до ритму – це зерно дитячих музично-творчих проявів, один із важливих чинників успішної хореографічної діяльності. Виконували імітаційні вправи, завдяки яким діти опановували способи емоційної передачі образів, регуляцію свого психоемоційного стану, засвоювали правила поведінки, що сприяли розвитку спілкування та корекції поведінки в цілому.

Робота з дітьми зі СДУГ показала, що результати застосування психолого-педагогічних методів для корекції поведінки дітей раннього віку за допомогою ритміки та хореографії були такими:

– розвиток навичок спілкування: за допомогою танцю та музики можна подолати емоційний дискомфорт, діти стають більш контактними, позитивними та доброзичливими;

– слухова увага та пам'ять стають стабільнішими;

– дітям надається можливість самовиразитися і бути почутими за допомогою зорової, тактильної та рухової передачі зображення;

– діти краще розвивають координацію рухів, дрібну моторику, просторову орієнтацію та почуття ритму.

Хореографічні та ритмічні заняття також сприяють психологічному комфорту й емоційному благополуччю кожної дитини.

Отже, у роботі апробовані методи взаємодії хореографії та ритму, що охоплюють методи застосування дитячої психологічної корекції за допомогою рухів та ритму.

3.6. Вплив занять хореографією на психічний, фізичний та ментальний розвиток здорових дітей

Хореографія та танець – це не тільки розвага, а й гарне фізичне навантаження. Танцюючи, задіюються усі групи м'язів, завдяки чому тренуються серцево-судинна та дихальна системи, зміцнюється опорно-руховий апарат, розвивається витривалість, покращується координація рухів та розвивається почуття ритму. Благотворний вплив танців на дитину визнають усі.

Різні види танців сприяють зростанню та розвитку кісткової та м'язової тканини, внутрішніх органів та органів чуття. Вони стимулюють обмінні процеси в організмі дитини, сприяють підвищенню її захисних властивостей. Варто зазначити, що зростання, розвиток, здоров'я, активність є, передусім, результатами успадкування певних фізичних даних від батьків. Вони значною мірою обумовлюються також правильним харчуванням, дотриманням раціонального режиму життя та іншими соціальними чинниками.

Регулярні заняття танцями, підвищений руховий режим сприяють підвищенню функціональних можливостей організму.

Танці висловлюють певну орієнтованість діяльності особистості у напрямі зміцнення та розвитку особистого здоров'я.

Також вони пов'язані з психологічними, фізичними можливостями та здібностями. Звідси зрозуміло їхнє величезне значення.

Психофізичний розвиток дитини досягається в танці через творчу імпровізацію самої дитини за допомогою педагога, який організує простір, надає всебічну підтримку діяльності дитини. Фізичні вправи, виражені в танцювальній формі під музику, набувають яскравішого забарвлення і надають оздоровчого ефекту.

Дитина опановує ритми розумової та фізичної діяльності; починає усвідомлювати ритм психічних процесів. Танцюючи, дитина входить у соціальні ритми, вчиться розуміти відносини між оточуючими, між собою та елементами світу та будувати їх за законами ритму. Інтеграція танцю та музично-ритмічних рухів створюють середовище, що сприяє розвитку ритмопластики дітей.

Вивчення психофізичного розвитку дитини відбувається в діяльності, під час розв'язання нею доступних пізнавальних завдань. Завдяки спеціальному добору діагностичних завдань можна вивчити певні психічні функції, від рівня сформованості яких залежить їхнє правильне виконання. Психофізичний стан дитини передбачає наявність комплексу якостей і характеристик, які свідчать про досягнення дитини у фізичному, моторному, психологічному та пізнавальному розвитку.

Основними показниками психофізичного розвитку дитини обрано комплекс якостей і характеристик, які свідчать про її досягнення у: фізичному та моторному розвитку; психологічній зорієнтованості; розвитку навчально значущих функцій та пізнавальних процесів.

Розкриємо детальніше методику дослідження за завданнями.

1. Вивчити стан загального фізичного і моторного розвитку учня. Коло питань, що з'ясовували:

- а) особливості фізичного розвитку, соматичний стан здоров'я;
- б) стан загальної моторики;
- в) стереогноз і дрібна моторика;
- г) мовленнєва моторика.

Методи дослідження: вивчення медичної картки дитини, бесіда, спостереження, опитування. На основі аналізу даних медичної картки про розвиток дитини з'ясовували: діагноз; темп розвитку дитини (нормальний чи затримка фізичного розвитку); відповідність зросту та ваги фізіологічним показникам дитини

певного віку; соматичний стан: як часто хворіє (більше 6 разів на рік – це часто); які має супутні хвороби; стан загальної моторики в процесі спостереження діяльності дитини та бесіди з нею (вивчається індивідуально).

На основі аналізу отриманих даних з'ясовано стан фізичного та моторного розвитку дитини, визначено його рівень, порівнюючи з показниками наступних рівнів-еталонів:

I рівень – достатній: об'єм рухів повний, координація рухів правильна, наявне відчуття рівноваги, правильна постава, мовленнєва моторика не порушена, рухи активні, об'єм повний, точність повна, гіперкінези відсутні.

II рівень – середній: є незначні порушення загальної моторики, точність виконання дій неповна, постава неправильна, рухи неточні, координація рухів неправильна, наявне відчуття рівноваги, мовленнєва моторика порушена.

III рівень – низький: об'єм рухів неповний, точність виконання неповна, координація рухів неправильна або відсутня, відчуття рівноваги відсутнє, постава значно порушена. Мовленнєві рухи неточні, дуже повільні, об'єм неповний, можуть бути гіперкінези.

2. Визначити рівень психологічної підготовки дитини.

Основними питаннями, які треба дослідити є:

- а) бажання стати учнем;
- б) мотивація чи демотивація бажання;
- в) відповідна поведінка та здатність реагувати на ситуації;
- г) комунікативні навички;
- д) організація поведінки;
- е) вміння керувати своїми емоціями.

Основними методами дослідження є розмова, спостереження, дослідження. Під час бесіди ведеться спостереження за поведінковими партнерами та спілкуванням з батьками і викладачами; чи дивилася дитина на батьків у пошуках підтримки, чи навпаки, забуває про їх існування; як справляється з труднощами; чи проявляє негативні емоції: страх, невпевненість, почуття провини, пасивність, агресію, дратівливість і тривожність.

На основі якісного аналізу отриманих матеріалів визначається рівень психологічної підготовки дитини до навчання за такими критеріями:

I рівень – достатній: дитина має бажання вчитися, шукає знання, ставить запитання, вміє спілкуватися, має мету та цілі, відповідає на запитання, організовує свій освітній простір;

II рівень – середній: має бажання вчитися, не завжди може пояснити причину, поведінка добра, але нервово реагує та хвилюється; дитина чутлива до емоційної підтримки дорослих: швидко усвідомлює невдоволення своєю неправильною поведінкою, або, навпаки, стає більше активною.

III рівень – низький: не хоче навчатися, не може пояснити причину; не дає чіткої відповіді, проявляє неадекватну поведінку; Такі діти легко збуджуються, невпевнені, сором'язливі, замкнуті, мають погану поведінку, виявляють непослух до батьків та вчителів, показуючи, що вони дорослі. У таких дітей переважають негативні емоційні реакції: крик, плач, страх.

3. Визначення рівня розвитку пізнавальних процесів. Питання для уточнення:

- а) роздуми про предмет;
- б) розумові маніпуляції (аналіз і синтез, порівняння, узагальнення);
- в) пам'ять та можливість зосередження.

Методами дослідження в цьому випадку варто вважати діалог, тестування, арт-дослідження з діяльності (малюнків) учнів, опитування тощо. Усі показники узагальнювали і визначено рівень розвитку пізнавальних процесів дитини за наступними еталонами.

I рівень (гармонійний) – дитина вдало називає всі предмети та характеризує способи їх використання, дає пояснення у вигляді речень; уявлення про предмети вже сформувалося; дитина має власні судження, виражені у формі розгорнутих речень. У процесі дослідження та аналізу дій дитини варто правильно порівнювати предмети та добре узагальнювати. Діти легко ідентифікують об'єкти за їх основними характеристиками, виключаючи «зайві» об'єкти, та доводять, що їхній вибір розумний та обґрунтований. При виконанні завдань, діти виявляють зосередженість, цілеспрямованість, вміння оперувати широким спектром об'єктів, що свідчить про повну сформованість перцептивних дій і відповідних розумових операцій: аналізу, синтезу, порівняння, узагальнення. Такі діти виявляли стійкий інтерес до завдання, вміли зосереджуватися на тривалий період часу, прийняли інструкції для

першого прослуховування. Висока здатність до навчання проявлялася у повному розумінні ситуації, швидкому реагуванні на зміну навколишнього середовища та його чинників.

При виконанні завдань, найчастіше, у них домінує змістова пам'ять, добре розвинуті зорова та слухова пам'ять, а меншою мірою – рухова та смислова. Отже, діти, які мають багато прогалин в когнітивному розвитку, показали достатню здатність до навчання при систематичному нагляді дорослих.

II рівень – середній. У цих дітей є поняття про предмет та події, але вони не завжди висловлюються у формі речень. При узагальненні груп предметів допускаються помилки, для порівняння не завжди використовуються істотні відмінності між предметами. Часто вони помиляються, ідентифікуючи об'єкти за основними ознаками, та не завжди виключають «зайвих» і при цьому не можуть пояснити свій вибір. Проте вони можуть виконувати когнітивні операції аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення. Їхня особливість полягає в тому, що всі етапи виконання завдання проходять дуже повільно: вони довго орієнтуються на наочних матеріалах, вагаються у виборі рішень, чекають допомоги дорослих, але все ж можуть виконати завдання самостійно. Хоча важко зрозуміти умови завдання і реально знайти спосіб виконання завдання, вони знають та розуміють зміст зразка, успішно виконували завдання повторно або за аналогією з допомогою дорослих. Їм важко зосередитися протягом тривалого часу, вони часто відчують втому та розсіяність. Ця категорія дітей має бажання вчитися, не завжди може пояснити причину, поводить здебільшого добре, але нервово реагує та хвилюється. Чутливість до емоційної підтримки дорослого проявляється у швидкому усвідомленні невдоволення своєю хибною поведінкою або прояв надмірної активності.

III рівень – низький: діти з цієї категорії мають великі труднощі при виконанні всіх завдань. Пізнавальна активність дуже низька, їх не цікавлять навіть завдання в ігровій формі. Вони мають поверхневі судження і з ентузіазмом відповідають на запитання. Їх поняття про об'єкти дуже обмежене, психологічні операції аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення важко виконувати. Вони недостатньо розуміють зміст інструкцій і зразків, їм потрібно це повторювати багато разів (4–5 разів), або взагалі не приймають. Не

проявляють ініціативи, легко відволікаються та не можуть зосередитися на завданнях, не вміють задавати запитання або проявляють байдужість до всього. В цьому випадку недорозвинені всі види пам'яті. Розвиток смислової пам'яті, зорова, слухова, рухова пам'ять розвинуті трішки краще.

У дослідженні взяли участь вихованці хореографічної студії «Be Free». Опитування проводилося перед уроком та перед виходом з дому. Протягом 3 місяців учасників дослідження просили оцінити свій стан за 5-бальною шкалою, тобто поточний настрій на цей момент.

За результатами дослідження була складена таблиця (таблиця 9), що фіксує результати діагностики дітей, які тренуються у хореографічній студії.

Таблиця 9

**Оцінка психічного стану дітей, які займаються танцями
 (до і після занять)**

№ п/п	ПІВ	1 місяць			2 місяць			3 місяць		
		До	Після	Рівень	До	Після	Рівень	До	Після	Рівень
1	Софія	4	5	↑	4	5	↑	4	5	↑
2	Анастасія	4	5	↑	5	5	=	4	4	=
3	Соломія	5	4	↑	3	4	↑	4	5	↑
4	Аліна	5	5	=	4	5	↑	5	5	=
5	Олександра	4	4	=	4	5	↑	4	5	↑
6	Аріна	4	5	↑	3	5	↑	5	5	=
7	Кіра	4	5	↑	4	5	↑	3	5	↑↑
8	Соня	5	5	=	4	4	=	4	5	↑
9	Яна	5	5	=	4	5	↑	5	5	=
10	Софія	3	5	↑↑	4	4	=	4	5	↑
11	Світлана	4	5	↑	4	4	=	4	5	↑
12	Вероніка	5	5	=	5	5	=	5	5	=
13	Катерина	4	5	↑	5	5	=	4	4	=
14	Емілія	5	5	=	4	5	↑	4	5	↑
15	Михайло	5	5	=	5	5	=	5	4	↓
16	Володимир	4	5	↑	5	4	↓	4	4	=

"5" – відмінний настрій,

"4" – добрий стан,

"3" – задовільний стан,

"2" – поганий.



– підвищення рівня психічного стану;

– колишній рівень;

– зниження.

З таблиці видно, що рівень психічного стану у дівчаток після занять танцями переважно піднімався. Є результати, коли настрої залишався на колишньому високому рівні.

Діаграма психічного стану в середньому за 3 місяці представлена у рис. 7.

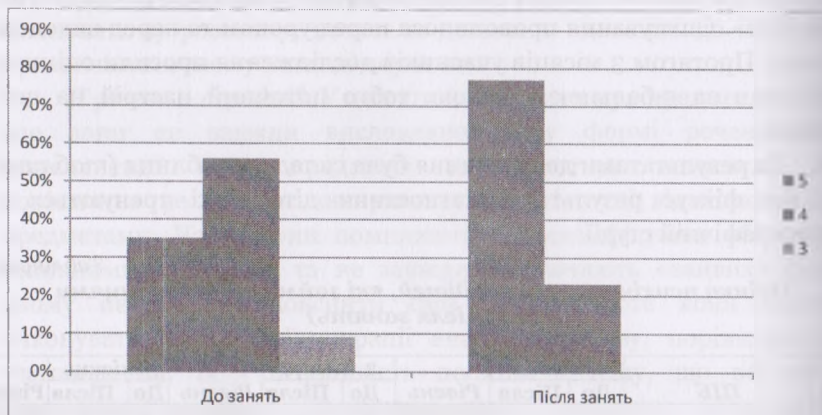


Рис. 7. Діаграма психічного стану в середньому за 3 місяці

Настрій підвищувався з 35 % до 77 %, а поганого і задовільного стану і зовсім не було ні у кого. Якщо розглянути в балах, то в середньому показники підвищувалися з 4,2 до 4,9.

Аналізуючи отримані результати, було виявлено, що у дітей, які займаються танцями, рідше буває поганий настрій, а після занять хореографією настрої значно покращується.

Для цього дослідження ми обробили результати фізичних вправ з тестів учнів 3Б класу, оскільки в цьому класі навчаються діти з хореографічної студії «Be Free».

Для порівняння фізичних здібностей дітей, які займаються танцями, наведемо в приклад показники: Еріки, Юліанни, Дарія, Олександра, і тих, які не займаються танцями: Аніти, Юлії, Анастасії, Олександрі.

У діаграмі (рис. 8) середньоарифметичні показники першої групи та другої.

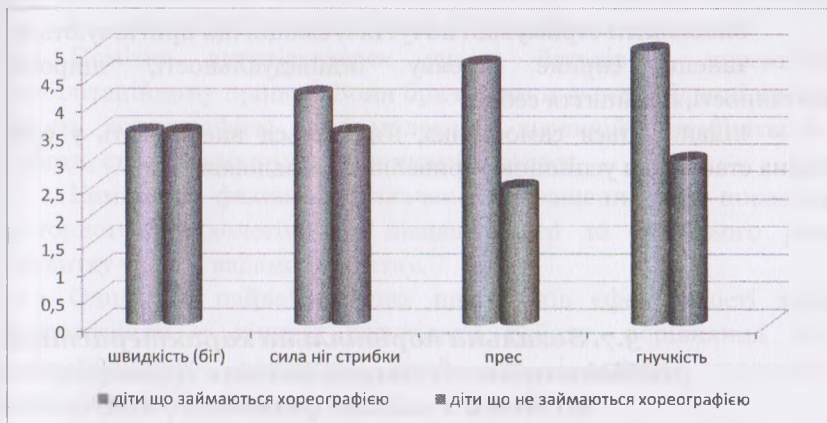


Рис. 8. Діаграма середньоарифметичні показники першої групи та другої

З протоколу «Президентські змагання» і діаграми видно, що високі показники, особливо за гнучкістю, мають хлопці, які займаються хореографією.

Можна зробити висновок: здебільшого фізичні якості, такі як гнучкість, витривалість, стрибучість, спритність, координація, у дітей, які займаються хореографією, розвинені сильніше.

Як показали дослідження, висунута гіпотеза про позитивний вплив занять хореографією на учнів молодшого шкільного віку, підтвердилася:

- у дітей, які займаються танцями, рідше буває поганий настрій, а після занять хореографією настрій значно підвищується;
- фізичні якості, такі як гнучкість, витривалість, стрибучість, спритність, швидкість, координація у дітей, що займаються танцями, розвинені сильніше;
- діти, які займаються танцями, вчаться успішніше, ніж їхні однокласники.

Заняття хореографією мають позитивний вплив на організм тому, що:

- танцювати або рухатися може кожна людина, незалежно від віку, статі, соціального стану, рівня освіти, цінностей, установок і навіть здоров'я;
- танець допомагає зняти напругу; зменшити тривожність, агресивність;

- вивільнити стримувані почуття й емоції, що пригнічуються;
- танець сприяє прояву індивідуальності, щирості, спонтанності, прийняття себе;
- підвищується самооцінка, з'являється впевненість у собі, людина стає більш успішною, привабливою, задоволеною.

* * *

3.7. Загальна порівняльна характеристика реабілітаційного впливу занять хореографією на дітей з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку і здорових дітей

Встановлення сильних та слабких сторін психіки дитини, отримання якісних характеристик сформованості у неї пізнавальних процесів і дій, з'ясування потенційних можливостей розвитку мають вирішальне значення для вибору стратегії реабілітаційного впливу занять хореографією.

У процесі експериментального дослідження реабілітаційного впливу занять хореографією на дітей з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку і здорових дітей, було реалізовано нові підходи до навчання хореографією цієї категорії дітей, розроблено і впроваджено засоби корекційно-реабілітаційного супроводу.

Зокрема було розроблено та впроваджено в практику занять хореографією такі розділи роботи:

1. Створення належних організаційно-педагогічних умов занять хореографією.
2. Вивчення рівня психофізичного розвитку учнів з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку та здорових дітей.
3. Розроблення корекційної методики.
4. Впровадження рекомендацій щодо організації занять хореографією з метою надання науково-методичної допомоги викладачам.
5. Формування і залучення команди фахівців, до складу якої входили медичний та педагогічний персонал школи, батьки.

6. Апробація інноваційних форм роботи.

Помітно активізувалася участь батьків у корекційно-реабілітаційному процесі. Вони брали участь у розробленні програм занять хореографією та комплексної корекційно-реабілітаційної роботи, стали активними учасниками процесу.

Командою фахівців відзначено покращення всіх показників моторного, психологічного, пізнавального та освітнього рівнів розвитку учнів з вадами розвитку.

Одним із найважливіших показників ефективності занять хореографією є кінцеві результати роботи, порівняння рівня психофізичного розвитку дітей до і після корекційно-реабілітаційної роботи.

Для цього ми проуели контрольний зріз рівня психофізичного розвитку дітей експериментальної та контрольної груп на базі Імстичівської школи-інтернату для дітей з вадами фізичного та розумового розвитку. Експериментальну групу (ЕГ) становило по 10 учнів, які навчалися хореографії за нашою методикою, контрольну групу (КГ) – по 10 учнів, які не навчалися за нашою методикою.

За методикою було вивчено динаміку психофізичного розвитку учнів з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку і здорових дітей на різних етапах корекційно-реабілітаційної роботи, а також проведено повторне обстеження учнів після експериментальної роботи. Зіставлення результатів вивчення загального фізичного і психомоторного розвитку учнів експериментальної групи засвідчили, що у переважній більшості з них поліпшилися показники психофізичного розвитку (табл. 10).

Таблиця 10

Розподіл дітей досліджуваної та контрольної груп за характером порушень і рівнем загального фізичного та психомоторного розвитку

I. Характер порушень	Кількість дітей (у %), у яких виявлено психомоторні порушення на різних етапах				Кількість здорових дітей (у %)			
	початковий		завершальний		початковий		завершальний	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Порушення загальної моторики	89,0	87,0	21,0	51,0	10,0	20,0	–	–
Розлади стереогнозу і дрібної моторики	82,0	81,0	18,0	50,0	–	–	–	–

Розлади мовленнєвої моторики	83,0	82,0	18,0	49,0	15,2	30,2	5,0	10,0
II. За рівнями розвитку								
I рівень (достатній)	2,0	2,0	19,0	7,0	44,0	64,0	55,0	66,0
II рівень (середній)	12,0	14,0	63,0	42,0	45,0	18,0	36,0	32,0
III рівень (низький)	86,0	84,0	18,0	51,0	11,0	4,0	9,0	2,0

Як бачимо з таблиці 3.1, кількість дітей з-поміж досліджуваної групи, які мають порушення загальної моторики, на початок корекційних занять хореографією зменшилася з 89 % до 21 %, (у контрольній групі – з 87 % до 51 %). В учнів значно поліпшилася координація рухів, у більшості сформовано рівновагу на робочому місці, виправилася постава. Зменшилися прояви насильницьких рухів голови, рук, плечей, гримас обличчя тощо, які особливо посилювалися під час хвилювання, неочікуваного звернення до дитини, а також намаганнях обов'язково виконати ту чи іншу дію. Хоча при найбільш тяжких формах ДЦП (спастичній, атонічно-астатичній, гіперкінетичній) вказані прояви залишилися.

У здорових дітей теж були виявлені незначні порушення загальної моторики, які на завершальному етапі корекційно-реабілітаційних занять хореографією були подолані (див. табл. 10).

Обстеження стану стереогнозу і дрібної моторики показало, що на початковому етапі в експериментальній групі кількість учнів з цими розладами зменшилася з 82 % до 18 % (у контрольній групі – з 81 % до 50 %) на завершальному. Учні значно краще виконували завдання, пов'язані з використанням мозаїки, пірамідок, паперу, оскільки точнішими стали функції захоплення і утримання предметів, співвіднесення м'язових зусиль з руховим завданням, виконання потрібних операцій. Це було наслідком більш розвинутої хапальної функції кисті, що й забезпечило опанування ними навичкою письма.

У здорових дітей розладів стереогнозу і дрібної моторики не виявлено.

Значно поліпшилася мовленнєва моторика учнів. Як засвідчило наше дослідження, на початковому етапі кількість учнів експериментальної групи, які мали ці порушення, зменшилася з 83 % до 18 % (у контрольній групі – 82 % до 49 %) на завершальному. У здорових дітей розлади мовленнєвої моторики були виявлені на початковому етапі, в експериментальній групі

кількість учнів з цими розладами зменшилася від 15,2 % до 5 % (в контрольній групі – з 30,2 % до 10 %) на завершальному. Мовлення дітей в цілому стало чіткішим і зрозумілішим. Покращилася рухливість органів артикуляційного апарату – язика та губ. Під час логопедичних занять учні легко виконували такі завдання, як зробити язичок «голочкою», показати ним «маятник», облизати кінчиком язика верхню губу та інші. Вони навчилися виконувати вправи самостійно, без механічної допомоги. Правильно вибрані і систематично застосовувані логопедичні вправи скоригували наявні порушення, значно розширили можливості мовленнєвої моторики, чого повною мірою не спостерігалось в контрольній групі.

Під час експериментальних занять хореографією кількість учнів достатнього рівня в експериментальній групі зростає від 2 % (на початковому) до 19 % (на завершальному етапі); середнього рівня – від 12 % до 63 %; від 86 % до 18 % зменшилася кількість учнів з низьким рівнем фізичного та моторного розвитку. В контрольній групі – відповідно від 2 % до 7 %; від 14 % до 42 %; від 84 % до 54 %. Суттєве покращення показників виконання учнями експериментальної групи діагностичних завдань вказує на значні потенційні можливості їхньої психофізичної діяльності, які успішно реалізувалися в умовах спеціальної організації педагогічної роботи з ними.

Наприклад, у Миколи (ДЦП, спастична диплегія) значно покращився моторний стан. Після комплексної корекційної роботи, проведеної командою фахівців, батьками, у дитини покращилася загальна та дрібна моторика. Хлопчик, який раніше важко утримувався в горизонтальному положенні, при ходьбі падав, чіплявся за дорослих, навчився тримати рівновагу за допомогою ходунків та пересуватися самостійно, без допомоги дорослих. Значно покращилася кіфотична постава дитини внаслідок систематичних фізичних вправ та правильного підбору висоти стільця і стола. Зменшилися патологічні рухи рук. Координація рухів стала точнішою. Після тривалої роботи над зміцненням сили м'язів кисті та пальців рук він краще захоплює та утримує предмети. Позитивне зрушення відбулося в розвитку дрібної моторики обох рук дитини. Миколка почав працювати обома руками, дії з предметами стали активнішими, впевненішими. Зникли значні труднощі при виконанні артикуляційних вправ. Отже, за рахунок

впровадження корекційної методики та спеціальної організації занять хореографією в учня значно поліпшилися показники фізичного розвитку: після початкового III (низького) він показав на завершальному етапі II (середній) рівень психофізичного розвитку.

Під час експериментальних занять хореографією показники за рівнями розвитку здорових дітей достатнього рівня в експериментальній групі зросла від 44 % (на початковому) до 55 % (на завершальному етапі); середнього рівня знизилася – від 45 % до 36 %; від 11 % до 9 % зменшилася кількість учнів з низьким рівнем фізичного та моторного розвитку. В контрольній групі – відповідно від 64 % до 66 %; від 18 % до 32 %; від 9 % до 2 %.

Наступним показником успішності корекційних занять хореографією було дослідження результативності психологічної підготованості учнів. Результати вивчення представлено в таблиці 11.

Таблиця 11

Вплив корекційних занять хореографією на поліпшення психологічної підготованості учнів досліджуваної та контрольної груп

I. Характерні психологічні порушення	Кількість дітей (у %), у яких виявлено порушення на різних етапах навчання				Кількість здорових дітей (у%)			
	початковий		завершальний		початковий		завершальний	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Не мотивують бажання	64,0	62,0	12,0	36,0				
Відповідають на запитання скуто	72,0	70,0	16,0	43,0	–	–	–	–
Мають неадекватну поведінку	68,0	69,0	15,0	31,0	6,0	12,0	–	–
Мають труднощі у спілкуванні	74,0	73,0	17,0	46,0	15,2	30,2	5,0	10,0
Неправильно керують емоціями	71,0	70,0	16,0	43,0	10,0	15,0	2,0	5,0
II. Рівні підготованості								
I рівень (достатній)	6,0	7,0	41,0	21,0	23,0	12,0	25,0	22,0
II рівень (середній)	19,0	19,0	33,0	36,0	41,0	27,0	60,0	48,0
III рівень (низький)	75,0	74,0	16,0	43,0	36,0	61,0	15,0	30,0

Результати засвідчують, що впродовж експериментальних занять хореографією в учнів з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку поступово підвищувався інтерес до занять

хореографією: на початковому етапі мотивація підвищилась у 32 % (в контрольній групі – у 10 %), на завершальному – у 52 % (в контрольній групі – у 26 %) учнів. Під час бесід з дітьми всі опитувані відповідали, що хочуть бути учнями, більшість мотивувала своє бажання тим, що «Цікаво вчитися» (Таня), «Подобається вивчати окремі предмети» (Максим). За період занять хореографією на 56 % зменшилася кількість учнів, які відповідали на запитання скуто (в контрольній групі – на 27 %); на 53 % – кількість дітей, які мали прояви неадекватної поведінки (в контрольній групі – на 38 %); на 57 % – тих, хто мав труднощі у спілкуванні (в контрольній групі – на 27 %); на 55 % – тих, хто не міг керувати своїми емоціями (в контрольній групі – на 27 %). До I рівня психологічної підготованості в результаті було віднесено 41 % учнів, до II – 33 %, до III – 16 %. В контрольній групі – відповідно 21 %; 36 %; 43 %. (Див. таблицю 12).

Таблиця 12

**Вплив корекційних занять хореографією на поліпшення
 пізнавального розвитку учнів з вадами фізичного, психічного та
 розумового розвитку і здорових дітей**

I. Показники рівня пізнавального розвитку		Кількість дітей з вадами (у %), у яких виявлено показники				Кількість здорових дітей (у %)			
		початковий		завершальний		початковий		завершальний	
		ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Аналіз та синтез	Здійснюють	14,0	15,0	48,0	23,0	31,0	33,0	48,0	54,0
	З допомогою	19,0	20,0	47,0	43,0	69,0	67,0	52,0	46,0
	Не здійснюють	67,0	65,0	5,0	34,0	-	-	-	-
Порівняння	Самостійне	15,0	16,0	49,0	22,0	32,0	36,0	52,0	45,0
	З допомогою	25,0	25,0	45,0	47,0	39,0	22,0	48,0	55,0
	Не здійснюють	60,0	59,0	6,0	31,0	-	-	-	-
Узагальнення	Самостійне	13,0	14,0	49,0	25,0	34,0	21,0	42,0	40,0
	З допомогою	23,0	24,0	46,0	48,0	38,0	36,0	58,0	60,0
	Не здійснюють	64,0	62,0	5,0	27,0	-	-	-	-
Уявлення про предмети, явища	Достатні	14,0	14,0	48,0	26,0	32,0	18,0	55,0	38,0
	Часткові	27,0	26,0	46,0	49,0	39,0	36,0	45,0	62,0
	Незначні	59,0	60,0	6,0	35,0	-	-	-	-
Концентрація уваги	Висока	14,0	15,0	41,0	25,0	35,0	17,0	47,0	32,0
	Незначна	32,0	32,0	50,0	48,0	36,0	39,0	53,0	68,0
	Низька	54,0	53,0	9,0	27,0	29,0	44,0	-	-

Пам'ять	Зорова	19,0	19,0	54,0	28,0	33,0	19,0	45,0	31,0
	Слухова	18,0	20,0	56,0	26,0	32,0	18,0	44,0	32,0
	Короткочасна	26,0	27,0	49,0	38,0	39,0	18,0	51,0	32,0
	Моторна	19,0	19,0	53,0	39,0	31,0	17,0	43,0	29,0
	Змістова	15,0	16,0	46,0	29,0	32,0	19,0	44,0	31,0
II. Рівні пізнавального розвитку									
I рівень (достатній)		15,0	16,0	48,0	25,0	32,0	19,0	37,0	38,0
II рівень (середній)		19,0	19,0	46,0	48,0	39,0	40,0	48,0	45,0
III рівень (низький)		66,0	65,0	6,0	27,0	29,0	41,0	15,0	17,0

Діти II–III рівнів потребували подальшої допомоги психологів, спеціальної психологічної підготовки до занять.

Наприклад, Юля з експериментальної групи (ДЦП, інтелект – збережений, має розлади поведінки, прояви тривожності та негативізму). У дитини яскраво виражений астенізований стан, вона швидко відволікалася від поставлених запитань, а потім і зовсім відмовлялася від усіляких контактів. Батьки докоряли їй за поведінку, але Юля відмовлялася від продовження спілкування. Вчителю-дефектологу доводилося проводити комплексну психологічну роботу з усією сім'єю. Батькам було пояснено причини негативізму та неслухняності їхньої дитини. Особливо ефективними виявилися ігрові форми корекційної роботи. Дівчинці подобалося моделювати ситуації, в які вона потрапляла за своєю уявою. Вона стала більш активно взаємодіяти з дорослими, зникли прояви невпевненості, пасивності, агресії. Поліпшенню психічного стану дитини (з низького рівня до середнього) сприяли психогімнастика, ігри-драматизації, арт-терапія та сюжетно-рольові ігри.

У здорових дітей до I рівня психологічної підготованості в результаті було віднесено 25 % учнів, до II – 60 %, до III – 15 %. У контрольній групі – відповідно 22 %; 48 %; 33 %.

Отже, можна відзначити позитивний вплив цих засобів організаційних форм занять хореографією на покращення в цілому психологічної готовності учнів з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку.

Цікавим досвідом було використання методики «Будиночок». Методика розрахована на дітей 5,5–10 років і полягає в копіюванні рухами зображення будиночка. Завдання допомагає виявити здатність дитини орієнтуватися на зразок, точно копіювати його, а також визначити рівень розвитку просторового сприйняття,

енсомоторної координації та дрібної моторики. Дані методики “Будиночок” представлені у таблиці 13.

Таблиця 13

Дані методики “Будиночок”

Діти з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку			Здорові діти		
Дитина	Бали	Рівень	Дитина	Бали	Рівень
Оман	3	низький	Софія	0	високий
Сеніс	2	середній	Анастасія	0	високий
Антон	4	низький	Соломія	1	середній
Олександр	2	середній	Аліна	0	високий
Марія	1	середній	Олександра	0	високий
Олія	4	низький	Аріна	0	високий
Максим	2	середній	Кіра	0	високий
Софія	1	середній	Соня	1	середній
Катерина	2	середній	Яна	0	високий
Марія	2	середній	Софія	0	високий
Олена	3	низький	Світлана	0	високий
Марина	2	середній	Вероніка	0	високий
Асиль	3	низький	Катерина	0	високий
Вероніка	1	середній	Емілія	0	високий
Мариса	4	низький	Михайло	0	високий
Сенія	2	середній	Володимир	0	високий

Обробка експериментального матеріалу проводиться шляхом відрахунку балів, що нараховуються за помилки.

Безпомилкове копіювання малюнка оцінюють 0 балів.

Відсутність уяви в малюнку та незмога його скопіювати оцінюють в 4 бали.

Зображення окремих частин малюнка оцінюють в 3 бали.

За неправильне зображення нараховують 2 бали.

Одну помилку при копіюванні малюнка оцінюють в 1 бал.

Залежно від суми балів роблять висновок про рівень сформованості довольної уваги, уміння рухатися за зразком і ін. При інтерпретації результатів експерименту необхідно враховувати вік дослідника дослідження. Якщо дитина молодшого шкільного віку отримує більше 1 балу, то можна говорити про дефіцит розвитку уваги або декількох досліджуваних методикою психологічних сфер.

Дослідження повторювання хореографічних рухів.

Дитині показують три рухи, які послідовно змінюють один одного. Дитина виконує пробу разом із педагогом, потім по пам’яті самостійно відтворює 8–10 повторень програми.

Методика стає доступна дітям у старшому дошкільному віці. Цей тест чутливий не тільки до поразки рухових систем. Деякі діти плутають послідовність рухів або пропускають деякі з них.

Оцінювання результатів методик:

0 балів – програма засвоєна з першого показу, виконана плавно, безпомилково;

1 бал – програма засвоєна з 2 показу, виконана поелементно з виходом на плавність, можливі поодинокі збої (до 2 помилок);

2 бали – програма засвоєна після спільного виконання з педагогом, виконана пачками з повторюваними збоями (більше 2 помилок);

3 бали – програма засвоєна після спільного виконання з мовною інструкцією, виконана поелементно, спостерігається розширення програми або її звуження;

4 бали – незасвоєння, догляд і втрата програми, спостерігається інертний стереотип.

Дослідження статичної координації (рівноваги) охоплює такі проби:

1. Простояти на нозі, іншу ногу потиснути, руки на поясі, з місця не сходити – 15 с.

2. Прострибати 5 метрів уперед і, помінявши ногу, тому з означеної траєкторії. Допускається відхилення від початкового курсу на 20 см.

3. Тримаючи в одній руці катушку з нитками, іншою рукою намотувати нитку на вказівний палець і йти по колу.

Оцінювання методики:

4 бали – неможливість виконання або відмова від виконання проб.

3 бали – складності з вільним утриманням пози, наявність розгойдування з боку в бік.

2 бали – невелике відхилення від нормативів при виконанні проб.

1 бал – безпомилкове виконання проб.

Характеристика вибірки та аналіз отриманих даних

У процесі дослідження була проведена діагностика 16 учнів з інклюзивних класів та дівчат студії танцю “Be Free”.

Кожну дитину обстежували протягом 35 хвилин, що відповідає віковим нормативам і вимогам до обстеження дітей цієї вікової категорії.

У діагностиці рухової сфери були використані представлені нижче методики.

Дослідження повторювання хореографічних рухів представлено у таблиці 14.

Таблиця 14

Методика повторювання хореографічних рухів

Діти з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку			Здорові діти		
Дитина	Бали	Рівень	Дитина	Бали	Рівень
Роман	4	низький	Софія	0	високий
Денис	3	низький	Анастасія	0	високий
Антон	4	низький	Соломія	1	високий
Олександр	3	низький	Аліна	0	високий
Марія	3	низький	Олександра	1	високий
Юлія	4	низький	Аріна	0	високий
Олена	4	низький	Кіра	0	високий
Дарина	4	низький	Соня	1	високий
Василь	3	низький	Яна	0	високий
Вероніка	4	низький	Софія	0	високий
Максим	3	низький	Світлана	0	високий
Олександр	3	низький	Вероніка	0	високий
Василь	4	низький	Катерина	2	середній
Вероніка	3	низький	Емілія	0	високий
Ксенія	3	низький	Михайло	0	високий
Лариса	4	низький	Володимир	0	високий

Дослідження статичної координації (рівноваги) наведено у таблиці 15.

Таблиця 15

Дослідження статичної координації (рівноваги)

Діти з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку			Здорові діти		
Дитина	Бали	Рівень	Дитина	Бали	Рівень
Роман	4	низький	Софія	1	високий
Денис	3	низький	Анастасія	1	високий
Антон	4	низький	Соломія	1	високий
Олександр	3	низький	Аліна	1	високий
Марія	3	низький	Олександра	1	високий
Юлія	4	низький	Аріна	1	високий

Олена	4	низький	Кіра	2	середній
Дарина	4	низький	Соня	1	високий
Василь	3	низький	Яна	1	високий
Вероніка	4	низький	Софія	1	високий
Максим	3	низький	Світлана	2	середній
Олександр	3	низький	Вероніка	2	середній
Василь	4	низький	Катерина	2	середній
Вероніка	3	низький	Емілія	1	високий
Ксенія	3	низький	Михайло	1	високий
Лариса	4	низький	Володимир	1	високий

На підставі проведеного дослідження можна зробити висновок, що для молодших школярів з розумовою відсталістю характерна недостатня сформованість рухових навичок. Діти, які є вихованцями хореографічного колективу "Be Free" впоралися з усіма завданнями на високому рівні.

На підставі результатів обстеження рухової сфери дітей молодшого шкільного віку з інтелектуальною недостатністю можна зробити висновок про необхідність здійснення корекційно-розвиваючої роботи.

Одним із важливих завдань експериментальних занять хореографією було простежити динаміку пізнавального розвитку кожної дитини. Результати експерименту свідчать в цілому про позитивну динаміку сформованості мисленнєвих операцій, знань та уявлень про навколишній світ у кожної дитини під впливом корекційної методики занять хореографією (табл. 16).

Таблиця 16

Вплив корекційних занять хореографією на поліпшення пізнавального розвитку учнів з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку і здорових дітей

I. Показники рівня пізнавального розвитку		Кількість дітей з вадами (у %), у яких виявлено показники				Кількість здорових дітей (у %)			
		початковий		завершальний		початковий		завершальний	
		ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Аналіз та синтез	Здійснюють	14,0	15,0	48,0	23,0	31,0	33,0	48,0	54,0
	З допомогою	19,0	20,0	47,0	43,0	69,0	67,0	52,0	46,0
	Не здійснюють	67,0	65,0	5,0	34,0	-	-	-	-
Порівняння	Самостійне	15,0	16,0	49,0	22,0	32,0	36,0	52,0	45,0
	З допомогою	25,0	25,0	45,0	47,0	39,0	22,0	48,0	55,0
	Не здійснюють	60,0	59,0	6,0	31,0	-	-	-	-

Узагальнення	Самостійне	13,0	14,0	49,0	25,0	34,0	21,0	42,0	40,0
	За допомогою	23,0	24,0	46,0	48,0	38,0	36,0	58,0	60,0
	Не здійснюють	64,0	62,0	5,0	27,0	—	—	—	—
Уявлення про предмети, явища	Достатні	14,0	14,0	48,0	26,0	32,0	18,0	55,0	38,0
	Часткові	27,0	26,0	46,0	49,0	39,0	36,0	45,0	62,0
	Незначні	59,0	60,0	6,0	35,0	—	—	—	—
Концентрація уваги	Висока	14,0	15,0	41,0	25,0	35,0	17,0	47,0	32,0
	Незначна	32,0	32,0	50,0	48,0	36,0	39,0	53,0	68,0
	Низька	54,0	53,0	9,0	27,0	29,0	44,0	—	—
Пам'ять	Зорова	19,0	19,0	54,0	28,0	33,0	19,0	45,0	31,0
	Слухова	18,0	20,0	56,0	26,0	32,0	18,0	44,0	32,0
	Короткочасна	26,0	27,0	49,0	38,0	39,0	18,0	51,0	32,0
	Моторна	19,0	19,0	53,0	39,0	31,0	17,0	43,0	29,0
	Змістова	15,0	16,0	46,0	29,0	32,0	19,0	44,0	31,0
II. Рівні пізнавального розвитку									
I рівень (достатній)		15,0	16,0	48,0	25,0	32,0	19,0	37,0	38,0
II рівень (середній)		19,0	19,0	46,0	48,0	39,0	40,0	48,0	45,0
III рівень (низький)		66,0	65,0	6,0	27,0	29,0	41,0	15,0	17,0

Підтвердилася необхідність спеціальної організації занять хореографією, вибору доступних засобів і методів навчання з урахуванням неоднорідності контингенту учнів, психофізичних особливостей і рівня здібностей кожної дитини.

Проаналізуємо наведені у таблиці 16 результати експериментальних занять хореографією. Про те, як діти з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку навчилися володіти синтезом та аналізом (складання цілого з частин, визначення складу того чи іншого цілого), свідчать такі результати: 48 % (в контрольній групі – 23 %) дітей виконали завдання правильно; 47 % (у контрольній групі – 43 %) – мали певні труднощі (неправильно визначали пори року на малюнках, не відгадували загадок навіть з допомогою вчителя, помилялися при розпізнаванні рослин за істотною ознакою (листя, плодами); 5 % (у контрольній групі – 34 %) – припустилися серйозних помилок або зовсім не виконали завдань.

Завдання на порівняння успішно виконало 49 % (у контрольній групі – 22 %) опитаних. Наприклад, Олег під час встановлення відмінних і спільних ознак між ромашкою і трояндою, так обґрунтував свою відповідь: “Спільне те, що це квіти, тільки троянда росте в саду, вона колюча, її дарують, коли свято, а ромашка

росте в полі. Троянда червона, а ще буває жовта, біла, а ромашка – біла”. 45 % (в контрольній групі – 47 %) учнів порівнювали предмети з допомогою вчителя, однак у 6 % (у контрольній групі – 31 %) залишалися труднощі у визначенні ознак (неправильно називали відмінні ознаки).

Про те, як здорові діти навчилися володіти синтезом та аналізом (складання цілого з частин, визначення складу того чи іншого цілого), свідчать наступні результати: 48 % (в контрольній групі – 54 %) дітей виконали завдання правильно; 52 % (в контрольній групі – 46 %) – мали певні труднощі (Див. таблицю 16).

У результаті вивчення такої розумової операції, як узагальнення, ми отримали такі дані у дітей з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку: самостійно завершують перелік назв предметів і узагальнюють їх спільною назвою – 49 % учнів (у контрольній групі – 25 %); 46 % (у контрольній групі – 48 %) дітей виконали завдання за аналогією після того, як експериментатор демонстрував спосіб виконання, підказуючи учневі хід його виконання. Допускали значні помилки навіть з наданою допомогою – 5 % (у контрольній групі – 27 %) дітей (плутали фрукти і овочі, диких і домашніх тварин, посуд і меблі тощо).

Здорові діти самостійно узагальнюють перелік назв предметів під спільною назвою – 42 % учнів (у контрольній групі – 40 %); 58 % (у контрольній групі – 60 %) дітей виконали завдання за допомогою педагога.

Результати вивчення в учнів з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку уявлень про предмети констатують наступне: у 48 % (в контрольній групі – 26 %) учнів вони стали чіткішими, з адекватним поясненням, формуються у вигляді фраз; 46 % (в контрольній групі – 49 %) спроможні виконати завдання лише з допомогою вчителя. Дітей, у яких зовсім були відсутні уявлення, після корекційних занять хореографією не виявлено, тоді як на початковому етапі їх було 6 % (в контрольній групі – 35 %).

Відбулися позитивні зміни і в здорових дітей.

При визначенні рівня концентрації уваги на виконанні завдання у дітей з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку було виявлено, що 41 % (в контрольній групі – 25 %) учнів самостійно концентрували увагу, 50 % (у контрольній групі – 48 %)

виконали завдання частково з допомогою. Труднощі спостерігалися у 9 % (у контрольній групі – 27 %) учнів (не знаходили розбіжності на малюнках, відмінностей у візерунках).

У здорових дітей теж відбулися позитивні зміни: 47 % (в контрольній групі – 32 %) учнів самостійно концентрували увагу, 53 % (в контрольній групі – 68 %) завдання виконали частково.

Діти з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку розвинули зорову пам'ять мали 54 % (в контрольній групі – 28 %) досліджуваних, слухову – 56 % (у контрольній групі – 36 %), короткочасну – 49 % (у контрольній групі – 38 %), рухову – 53 % (у контрольній групі – 39 %), змістову – 46 % (у контрольній групі – 29 %). Ці результати свідчать про позитивну динаміку розвитку учнів, однак насторожує те, що змістова пам'ять домінує у меншості учнів.

У здорових дітей розвинули зорову пам'ять мали 45 % (в контрольній групі – 31 %) досліджуваних, слухову – 44 % (у контрольній групі – 32 %), короткочасну – 51 % (у контрольній групі – 32 %), рухову – 43 % (у контрольній групі – 29 %), змістову – 44 % (в контрольній групі – 31 %).

Підсумовуючи отримані результати, відзначимо, що під впливом корекційних занять хореографією на завершальному етапі дітей з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку до I рівня пізнавального розвитку віднесено 48 % (у контрольній групі – 25 %) учнів, до II – 46 % (у контрольній групі – 48 %), до III – 6 % (у контрольній групі – 27 %).

У здорових дітей: до I рівня пізнавального розвитку віднесено 37 % (у контрольній групі – 38 %) учнів, до II – 48 % (у контрольній групі – 45 %), до III – 15 % (у контрольній групі – 17 %).

Тож, простежується позитивна динаміка розвитку всіх пізнавальних процесів у дітей експериментальної групи, що підтверджує ефективність корекційних занять хореографією.

Отже, підсумовуючи викладене, зазначимо, що застосування корекційної методики занять хореографією дітей з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку і здорових дітей забезпечило якіснішу картину досягнень учнів. Про це свідчать досить високі показники їхнього психомоторного, психологічного, інтелектуального розвитку. Зокрема, в учнів значно розвинулися пізнавальні процеси (сприймання, увага, пам'ять, мислення,

мовлення), з'явилося вмотивоване ставлення до занять хореографією, сформувалися вольові зусилля, усвідомлення власних можливостей, прагнення до саморозвитку та самовдосконалення.

Подальший аналіз успішності занять хореографією засвідчив, що діти, незважаючи на складні порушення і труднощі, засвоюють знання на високому, достатньому та середньому рівнях. Результати тестування довели міцність їхніх знань та умінь після корекційних занять хореографією.

Спрямованість на постійну підтримку пізнавальної активності та реалізацію збережених можливостей відображалась у змісті індивідуальної корекційно-реабілітаційної роботи занять хореографією. Проведене нами дослідження психофізичного стану учнів з вадами фізичного, психічного та розумового розвитку допомогло виявити системність порушень і залежність від них якості опанування занять хореографією. Встановлено, що несформованість рухових, сенсорних, психічних функцій коректується у процесі проходження всіх занять хореографією.

На основі аналізу особливостей психофізичних порушень учнів було визначено основні напрями корекційної роботи, які полягали в наступному:

- комплексне обстеження учня командою фахівців, яке забезпечує своєчасне виявлення порушень, обумовлених ними труднощів у заняттях хореографією та варіант змісту індивідуальної корекційної програми;
- корекційний супровід учня командою фахівців;
- своєчасне виявлення і перебудова несприятливих умов розвитку учнів запобігає прояву в учнів навчальних утруднень;
- застосування корекційних занять хореографією сприяє корекції та поліпшенню навчання учнів.

Цей практичний досвід довів, що визначені умови занять хореографією повинні охоплювати комплексну психолого-педагогічну допомогу учням. Впровадження цих умов у практику занять хореографією для дітей з порушенням опорно-рухового апарату засвідчило результативність їх реалізації.

3.8. Хореографічні заняття у групах дітей з фізичними вадами (на прикладі тренажу джаз-танцю)

Поєднання танцю і лікувальної терапії набуває значного поширення у найрізноманітніших реабілітаційних проектах, засобами лікувань тут можуть слугувати різні види та напрями хореографічного мистецтва, це і спортивно-бальний танець, східний танець, особливе місце тут займає сучасний танець у всіх його проявах (модерн-танець, джаз-танець, стріт-денс та інші), ритмопластичні заняття, танцювальна аеробіка і так далі.

Проаналізуємо використання основних принципів джаз-танцю при занятті з дітьми, у яких виявлені незначні фізичні вади опорно-рухового апарату. Ставимо такі завдання дослідження: проаналізувати теоретичні напрацювання з танцювальної терапії; визначити стратегію хореографічних занять дітей з незначними фізичними вадами; визначити, як впливають заняттям джаз-танцю на виправлення фізичних вад.

Фізичні вади можуть впливати на координацію, мобільність, рівновагу, спритність, силу, витривалість людини або комбінацію усіх цих здатностей разом. Побуває величезна кількість вад, як видимих, так і невидимих, морфологічного та біохімічного характеру, різних ступенів тяжкості фізичної недостатності, існують цілі системи її розподілу. Не будемо заглиблюватись у медичні терміни і визначення тих чи інших хвороб з патологічними наслідками, а зупинимося на незначних вадах, які дійсно реально виправити під час занять джаз-танцем.

Потрібно пам'ятати одне головне правило, що заняття з дітьми викладач-хореограф, тренер танцю має право починати тільки після обстеження дитини у лікаря і надання ним певних рекомендацій щодо певного дозволу чи обмежень фізичних навантажень. Пам'ятаємо, що заняття хореографією для дитини – це великі навантаження на фізичному, психологічному та емоційному рівнях. Якщо вже так сталось, що дитина має якісь застереження від лікарів, то подальші заняття повинні проводитися при постійному контакті та контролі з боку лікаря-терапевта і викладача-хореографа або ж у супроводі асистента чи викладача-тьютора.

Клер Шмайс – доктор філософії Академії сертифікованих танцювальних терапевтів, професор, координатор Магістерської програми з танцювальної (рухової) терапії у коледжі імені Хантера Нью-Йорк (Штат Нью-Йорк) на Конгресі досліджень танцю, який відбувся 10 листопада 1968 року, опублікував доповідь, в якій зазначив, що «використання танцю або руху в терапевтичних цілях є прямим відростком сучасних танцювальних традицій, а не інших форм танцю, таких як народні танці, балет чи класичних танців. Метою сучасних танців є бажання виразити всю сукупність людських переживань через рух без обмежень. Ранні представники сучасного танцю були одночасно хореографами й акторами. Танець був їхньою особистою заявою. Оскільки вони хотіли виражати інстинктивні (внутрішні) емоції, їм необхідно було звільнитися від формалізованої структури класичного балету. Вони ставали на носок або випрямляли ногу, тільки якщо це відповідало тому, що вони хотіли передати»⁸.

У своєму дослідженні «Вступ до танцювальної терапії» К. Шмайс виділяє три головні витоки, з яких розпочала розвиток танцювальна терапія, це такі як: «терапевтичні аспекти танцю, який використовувався у лікувальних цілях протягом століть; частина сучасного танцю, яка передбачає креативні або імпровізовані рухи – експресивна та комунікативна частина танцю; все більший наголос робиться на міжособистісному спілкуванні в індивідуальній і груповій психотерапії»⁹. У нашому випадку будемо звертати увагу на перші дві засади, що виділив К. Шмайс, які чітко простежуються у стилістичній характеристиці джазової хореографії. Наступний наведений виток танцювальної терапії більше стосується психотерапії.

За словами І. Бірюкової, «танцювально-рухова терапія – це метод психотерапії, у якому тіло є інструментом, а рух процесом, що допомагає учасникам пережити, розпізнати та виразити свої почуття й конфлікти. Тілесні рухи людини розглядають як відображення її внутрішнього психічного життя та взаємовідносин з оточуючим світом. Танцювальна терапія базується на передумові, що тіло і психіка взаємопов'язані. Танц-терапевти переконані, що

⁸ Шмайс К. Вступ до танцювальної терапії. Американський журнал танцювальної терапії. 1986. Том 9. С. 23–30. URL: <http://www.trt-studio.org.ua>

⁹ Шмайс К. Вступ до танцювальної терапії. Американський журнал танцювальної терапії. 1986. Том 9. С. 23–30. URL: <http://www.trt-studio.org.ua>

ментальні та емоційні проблеми представлені у тілі у вигляді м'язових затисків і обмежують рухові можливості. Людині, яка звертається до танц-терапевта, не обов'язково повинна мати досвід руху і танцю. Тут акцент ставиться на тому, як людина відчуває своє тіло та рух, а не на те, наскільки добре вона володіє танцювальною технікою і як вона виглядає під час танцю»¹⁰. У творчій роботі практикуючого викладача-хореографа не завжди цей принцип буде дійсним і реальним для повсякчасного втілення, з тієї причини, що танцювальний колектив як правило веде актину сценічну практику на концертах, конкурсах, фестивалях, де відповідно вимагається відповідний виконавський рівень учасників, що досягається системними заняттями і досягненням у вихованців відповідної танцювальної підготовки.

Потрібно визначити цілі і завдання танцювальної терапії, зокрема:

1. Зміцнення загального стану фізичного здоров'я при заняттях джаз-танцем з дітьми:

- сприяти створенню оптимальних умов для зростання і розвитку опорно-рухового апарату дитини;
- формувати правильну поставу;
- сприяти профілактиці плоскостопості;
- сприяти розвитку і функціональному вдосконаленню органів дихання, кровообігу, серцево-судинної й нервової систем організму.

2. Удосконалення психомоторних здібностей дітей шкільного віку:

- розвивати м'язову силу, гнучкість, витривалість, чуття власного тіла, швидкісно-силові і координаційні здібності;
- сприяти розвитку відчуття ритму, музичного слуху, пам'яті, уваги, вміння погоджувати рухи з музикою;
- формувати навички виразності, пластичності, граціозності і витонченості танцювальних рухів;
- розвивати дрібну моторику.

3. Розвиток передумов творчих здібностей:

- розвивати мислення, уяву, винахідливість і пізнавальну активність, розширювати кругозір;

¹⁰ Бирюкова И. В. Танцевально-двигательная терапия. *Психологический журнал*. 2008. № 8, ноябрь. URL : <http://magazine.mospsy.ru/number8/so3.shtml>

- формувати навички самостійного виразу рухів під музику;
- виховувати вміння емоційного виразу і творчості в рухах;
- розвивати лідерство, ініціативу, відчуття товариства, взаємодопомоги і працьовитості¹¹.

Протягом останніх десятиліть танцювальна терапія як прояв лікування мистецтвом значною мірою почала знаходити фаховий характер, що виявляється у формуванні спеціалізованих програм, у спробах чіткого визначення методологічних підходів до цього. Терапевти, які займаються лікуванням мистецтвом, намагаються перебороти межі традиційного курсу лікування. Безперечно, що використання художньої творчості для вираження почуттів і думок може надавати суттєву допомогу у виробленні адекватного поведіння і підвищенні самооцінки, також є фактом, що мистецтво має й освітню цінність при розвитку творчих умінь. Та саме через мистецтво, в тому числі танець, потрібно реалізовувати оздоровчі і лікувальні програми та методики.

Розглянемо основні принципи джаз-танцю, що допомагають розвивати дитину у гармонії з навколишнім світом, а також допомагають виправляти незначні фізичні вади опорно-рухового апарату. Основні концептуальні принципи виконання джаз-танцю належать перш за все до техніки руху, вони склалися у процесі еволюції різних систем танцю.

Перерахуємо основні принципи джаз-танцю і дамо їм коротку характеристику:

1. Використання в танці пози колапсу.
2. Активне пересування виконавця в просторі як по горизонталі, так і по вертикалі.
3. Ізольовані рухи різних частин тіла.
4. Використання ритмічно складних і синкопованих рухів.
5. Поліритмія танцю.
6. Комбінування і взаємопроникнення музики і танцю.
7. Індивідуальні імпровізації в загальному танці.
8. Функціоналізм танцю [135].

Поза колапсу – це своєрідне тримання тіла, коли немає напруги і витягнутості вгору. Тіло вільне і розслаблене, його вигини у спині трохи перебільшуються, коліна зігнуті, торс і голова трохи

¹¹ Шмайєс К. Вступ до танцювальної терапії. Американський журнал танцювальної терапії. 1986. Том 9. С. 23–30. URL : <http://www.tri-studio.org.ua>

нахилені вперед, хребет м'який та розслаблений. Таке положення надає можливість зняти напруження між хребцями і м'язам торсу, відповідно вони мають можливість вирівнятися і витягуватись.

Ізоляція та поліцентрія. В джаз-танці велике значення мають окремі рухові ареали тіла, умовно ділимо його на окремі частини-центри: це голова і шия, плечовий пояс, грудна клітка, пелвіс (тазостегнова частина), руки і ноги. Відповідно руки і ноги складаються з окремих зчленувань: у руці – кисть, передпліччя, у нозі – стопа і гомілковостоп, відповідно ці частини центрів, які називаються ареалами, можуть також виконувати танцювальні рухи за принципом ізоляції і виконувати рухи незалежно від інших центрів. Ці центри можуть просторово і ритмічно незалежно рухатися, саме це і створює поліцентрію руху.

Кожна частина тіла або кожен центр, має власне поле напруги і власний центр руху. Поліцентрія – це основоположний принцип танцювальної техніки джаз-танцю. Для того щоб перевести його в реальну видимість танцю, існує технічний прийом, який і називається ізоляцією. Відповідно кожна частина тіла, центр, рухається незалежно від іншої частини. Цей принцип дає можливість виправляти певні недоліки постави, незначні викривлення хребта, плечей, напруги у м'язах.

Принцип поліритмії у джаз-танці це коли центри нашого тіла (ареали) рухаються не тільки в різних просторових напрямках, але і в різних ритмічних малюнках, метрично незалежних один від одного. Вміння ритмічно рухатися дає можливість поставити ритмічне правильне дихання.

Свінгування – це не тільки музичне, а і танцювальне поняття свінгу. У танці це поняття означає розгойдування, моторно-ритмічний рух якої-небудь частини тіла або всього тіла цілком. Свінг у русі повинен виконуватися насамперед вільним, ненапруженим корпусом або окремою частиною нашого тіла (рукою, ногою, головою, тазом). При цьому русі головне завдання – відчутти вагу тіла або його частини і вільно розгойдуватися вгору-вниз, вперед-назад або з боку в бік. Свінгові рухи корпусом особливо допомагають розслабити хребет і зняти зайву напругу.

Координація. При русі двох або більше центрів одночасно виникає необхідність їх скоординувати. Координація здійснюється двома способами: імпульсом, при якому два або декілька центрів

здійюються в одночасний рух, або застосовується принцип управління, тобто центри включаються у рух послідовно. Координуватися можуть різні ареали тіла, наприклад: руки і голова, плечі і голова, спина і робота ніг і т. д.

Рівні виконання джаз-танцю – це розташування тіла танцюриста щодо рівня землі, пересування танцюриста не тільки по горизонталі, але і по вертикалі. Розташування виконавця у нерухомій дії на підлозі (у партері) використовується досить часто. Таке вміння швидко змінювати рівні руху дає можливість орієнтації у просторі, розвиває просторову уяву.

При організації терапевтичних занять з джаз-танцю потрібно звернути увагу на основні методичні засади організації і проведення уроку, в цьому випадку розглядаємо заняття, що триває одну академічну годину:

- обов'язковий розігрів тіла перед основним навантаженням, який триває 5–10 хвилин, завдання якого привести руховий апарат дитини в робочий стан, розігріти всі м'язи;

- вправи на ізоляцію – це частина уроку більш насичена вправами, ніж попередня, і тут відбувається глибока робота з м'язами різних частин тіла (тривалість цієї частини уроку 10–15 хвилин);

- вправи для хребта. Головне завдання педагога – розвинути в учнів рухливість хребта у всіх його частинах тут: нахили торса; вигини торса; скручування (тривалість цієї частини уроку 5–10 хвилин);

- виконання вправ у різних рівнях, особливим тут є виконання так званої партерної гімнастики. Основні рівні: стоячи, сидячи навпочіпки, стоячи на колінах, сидячи і лежачи, у партері дуже корисно виконувати вправи розтяжок м'язів та сухожилля тіла, і відповідно сама зміна рівнів, швидкий перехід з одного рівня в інший. Можна доповнювати заняття залежно від підготовки дітей додатковими вправами на координацію (тривалість цієї частини уроку 10–15 хвилин);

- крос (пересування в просторі) – це частина уроку, в якій танцювальні вправи виконують у русі по лінії танцю або по діагоналі залу, тут традиційні, зафіксовані кроки, стрибки і обертання (тривалість цієї частини уроку 10–20 хвилин);

– вправи на релаксацію і відновлення сил – це вміння розподіляти напругу у тілі і швидко відновлювати свої сили після фізичного навантаження. Відновлення спокійного стану дитини. (тривалість цієї частини уроку 5–10 хвилин).

Танцювальна терапія ідеальний метод лікування, а особливо крізь призму джаз-танцю. Це оригінальні принципи та прийоми прогресивної мистецької, корекційної допомоги в лікувально-реабілітаційній, педагогічній та соціальній роботі, яка здійснюється за допомогою хореографічної творчості, дає змогу експериментувати з рухом та положенням тіла, танцювальною позою, почуттям, простежувати і виражати їх на умовному рівні.

Танцювальна терапія джаз-танцем допомагає виплеснути за допомогою зображально-виразних засобів хореографічного мистецтва свої емоції, побороти страхи, зняти напругу, тривожність, створити власні зцілювальні символи. Танцювально-фізичні навантаження при виконання тренажу джаз-танцю сприяють виправленню незначних фізичних вад тіла, корекції постави, розвитку координації рухів в цілому та окремими його частинами. Вона підходить для всіх вікових категорій та немає побічних дій. До того ж від таких лікувальних занять дитина отримує справжнє задоволення.

На сьогоднішній день джаз-танець активно використовують при танцювальній терапії, з успіхом застосовують в лікуванні та психологічній корекції з різними захворюваннями, від опорно-рухового апарату до психічних розладів. У рівних умовах при допомозі дітям, молоді, дорослим і людям похилого віку, хворим і здоровим. Застосовується у державних і приватних шкільних, позашкільних навчальних, мистецько-культурних закладах, розважальних та реабілітаційних центрах.

При занятті танцювальною терапією джаз-танець сприяє:

- можливості тілесного розвитку – відчуття того, як поєднані частини тіла і що рух в одній частині тіла впливає на все тіло;
- виправлення незначних фізичних вад опорно-рухового апарату дитини у разі систематичних занять з джаз-танцю;
- ефект належної, усвідомленої поведінки – під час заняття з джаз-танцю при танцювальній терапії відбуваються зміни, унікальні для кожної дитини, використання руху, щоб дістатися до повного відчуття прихованих почуттєвих станів, а також передачі

змістовності відтворюваного хореографічного образу дає можливість осмислювати та корегувати свою поведінку самостійно;

– глибинний погляд на поведінку дитини – досягається, коли викладач-хореограф допомагає учневі усвідомлювати те, як його рухова поведінка відображає його почуттєвий стан у цей момент або допомагає пригадати давніші емоції чи переживання;

– соціальна взаємодія – досягається шляхом безсловесних стосунків, в які можна увійти під час заняття джазовим танцем.

* * *

Висновки

Отже, успішна організація занять хореографією зумовлена індивідуальним змістом з урахуванням психофізичних особливостей учня, адаптації вимог до його можливостей, а також забезпеченням організаційних, дидактичних і корекційно-реабілітаційних умов занять хореографією. Вони охоплювали гнучку систему адаптації до психофізичних можливостей кожної дитини, варіативність різноманітних методів, прийомів, видів занять хореографією, спеціальну організацію занять хореографією, щоб забезпечити сприятливий ґрунт для очікуваного позитивного корекційного результату.

Можна констатувати той факт, що хореографія забезпечує формування в учнів таких ключових компетентностей: соціальної, що полягає в основах вчення про здоров'я та здоровий спосіб життя, соціальної активності та взаєморозуміння; мотиваційного формування особистісних уявлень про здоров'я; функціональні – оперування знаннями про фізичну складову хореографічного мистецтва, а також загальні знання про рухову активність, розширення рухового досвіду з метою розвитку фізичних, хореографічних якостей і природних здібностей відповідно до вікових та психофізичних особливостей, засвоєння термінологічних та методичних компетентностей.

Хореографія – це прекрасний засіб психотерапії. Танцювати особливо рекомендується тим, у кого відзначається підвищене почуття страху чи невпевненості в собі, а також людям, схильним до депресії.

Очевидними перевагами занять хореографією як для дітей з вадами фізичного та психічного спектру, так і для здорових дітей є:

- джерело задоволення від фізичних вправ;
- покращення роботи серцево-судинної системи, і та позитивний вплив на підтримка збалансованого рухового режиму;
- запобігання порушень з боку серцево-судинної, опорно-рухової системи, стимуляція імунної системи.

На основі клінічних досліджень, а також наукових досліджень, проведених у цій роботі, можемо зробити висновки, що діти, які активно займаються хореографією як видом мистецтва, мають більшу енергійність, активність, ширше коло інтересів, кращий стан здоров'я, соціально адаптовані до змін у навколишньому та соціальному середовищі, психологічно витриваліші та стресостійкіші.

Користь танцю для фізичного здоров'я дітей полягає у:

– поліпшенні стану серцево-судинної та дихальної систем (покращення кровообігу, насичення організму киснем, покращення вентиляції легень);

– збільшення м'язової сили, витривалості та аеробної працездатності;

– покращенні координації, моторики, спритності, розвитку гнучкості;

– нормалізація артеріального тиску;

– покращення загального балансу та пропріоцепції;

Нефізичні переваги танцю для дітей раннього віку:

– поліпшення загального та психологічного самопочуття;

– поява більшої впевненості у собі;

– підвищення самооцінки;

– здатність до самомотивації;

– покращення розумової спритності;

– покращення соціальних навичок;

Танець стимулює творчість дитини та покращує її самопочуття.

Хоча танець є хорошим джерелом веселих та цікавих вправ, він також є творчою віддушиною. Фізичні вправи потрібні, але можливість проявити креативність настільки ж важлива, як і фізичні вправи та підтримка збалансованої дієти для розвитку здорових дітей, оскільки разом із факторами покращення здоров'я вони отримують життєві навички. Хореографія може стимулювати людину до відчуття фізичної бадьорості та покращити її настрій, вирішуючи серйозні психологічні проблеми, включаючи синдром тривожності та депресію. Групові заняття хореографією – це інструмент для зняття щоденного стресу, відволікання від повсякденних турбот та плато для зовнішнього прояву уяви й емоцій.

У ранньому віці заняття хореографією дають істотні фізичні переваги. Завдяки танцю діти розвивають більший діапазон рухів, одночасно формуючи здатність працювати в різних площинах та просторах. Діти з особливими потребами вчаться аналізувати та інтерпретувати вплив їхнього руху на навколишній світ. Хореографічне мистецтво також покращує координацію рухів дитини, особливо в той час, коли дитина швидко фізично розвивається та відповідно в умовах, що постійно змінюються.

Хороша координація, моторика та пропріоцепція є життєво важливими для розвитку навичок, що будуть отримані поза танцювальним залом, наприклад, їзда на велосипеді та виконання багатьох інших завдань, пов'язаних з дрібною моторикою. Танцювальні та рухові моделі також розвивають кінестетичну пам'ять, силу і витривалість. Це створює міцну платформу для фізичного розвитку та вагомого рівня фізичної підготовки дитини.

Маленькі діти від природи активні, проте під час занять хореографією задіяна більша кількість м'язів і своєю чергою вони удосконалюють навик використання їх тіла. У процесі навчання руху діти краще усвідомлюють своє тіло і те, на що вони здатні. У них розвивається розуміння та осмислення функціонування кожної частини тіла, що веде до усвідомленого руху. Також зростає бажання та сміливість експериментувати з рухом і мотивувати себе, що забезпечує стрімкий фізичний розвиток. Експериментуючи, дитина самотужки може розвинути в собі багато фізичних якостей, таких як гнучкість, витривалість, з'ясувати для себе, що вона може досягти за допомогою власного тіла. Особисте відчуття самодостатності та готовності до експериментів – важлива життєва риса, яку діти розвивають, і навички, які вони можуть застосовувати у всіх аспектах життя. Це сприяє розвитку у дитини впевненості в собі та сміливості, а також спонукає її шукати нові виклики, які потрібно подолати.

Що стосується соціалізації, то навчання спілкуванню з іншими є важливою частиною когнітивного розвитку дитини. Здатність комфортно транслювати свої емоції в соціум демонструє розумову зрілість, а навчання робити це за допомогою рухів та хореографії забезпечує пробний безпечний шлях для вивчення та розвитку таких якостей дітьми. Заняття з хореографії об'єднують дітей різного походження, різних за фізичними, емоційними, психічним

категоріями; створення творчого середовища поза звичним для дитини середовищем проживання. Діти змушені вчитися адаптуватися і спілкуватися по-новому. Орієнтуючись у цьому новому середовищі за допомогою творчості, діти вчать будувати довіру та ефективні стосунки на різних рівнях.

Участь у груповій діяльності, як вивчення танцювальної рутини, сприяє важливості командної роботи та розвиває здатність успішно працювати в груповому середовищі. Коли учні допомагають один одному у вивченні та відпрацюванні нового хореографічного матеріалу, цей процес також допомагає їм навчитися терпінню, вмінню слухати та дослухатися до думки іншого, а також стимулює до зародження лідерських навичок. Вони також вчать приймати вразливість та небажання працювати. Прийняття негативних рис характеру також безумовно важливе для цілісного сприйняття особистості. Діти мають усвідомити, що всі учні є різними і що помилятися це нормально. Якщо не вдається зробити все з першого разу, треба знайти у собі самомотивацію та віру для того, щоб спробувати ще раз, або щоб попросити допомоги чи то в учителя, чи то в іншого учня. У цьому випадку наявність дітей з фізичними або розумовими вадами у групі стимулює здорових учнів до мотивації, готовності надати допомогу та прийняття їх як рівних.

Проведені дослідження підтверджують віру в те, що танець є важливим інструментом для формування впевненості дитини. Увагу приділяли значно більше розвитку навичок міжособистісного спілкування, переважно впевненості та «соціальної взаємодії», «публічним виступам», «покращенню навичок спілкування» та «вмінню дружити». Ці всі якості можуть бути розвинуті завдяки вивченню хореографічного мистецтва та позитивного впливу музики і мистецтва на міжособистісний розвиток дитини.

У людському житті невербальне спілкування становить дві третини від усього спілкування. Дітям важливо розуміти, що можна передати повідомлення як усно, так і за допомогою правильних сигналів тіла, а також вміти інтерпретувати ці сигнали від інших людей. Вивчення танцю як системи руху, може допомогти дитині розвинути розуміння власної мови тіла, а також мови інших. Хоча виразити без слів прості емоції, такі як «радість» і «сум», досить просто, вивчення танцю може навчити дитину виражати фізично більш складні емоції, зчитувати чужі емоції та стани.

У процесі навчання хореографії, як здорові діти, так і діти з особливими потребами вчать наполегливості та самомотивації. Танці спонукають дітей експериментувати і знаходити різні шляхи вирішення проблем. Для особистісного розвитку дитини життєво важливо, щоб вона засвоїла важливість проб і помилок та, якщо спочатку у неї не вдалося, необхідно повторювати спроби. Відчуття успіху та досягнення мети, які вони відчують, коли оволодіють складною хореографічною композицією, спонукатиме їх перенести ці амбіції в інші аспекти життя.

Повторення хореографічного матеріалу та репетиції під час хореографічних тренувань покращують розумову спритність. Навчання рухам тіла та жестам допомагає дітям краще засвоювати хореографічний матеріал, аналізувати ідеї постановника, та покращує їхню здатність сприймати й утримувати інформацію. Існує думка, що діти повинні відвідувати уроки танцю лише якщо вони хочуть виступати на сцені, але це не завжди так. Заняття хореографією є ідеальною сходиною для дитини, яка проявляє ранні ознаки природного таланту до виконання. Проте для дитини, яка сором'язлива, має низьку самооцінку або не виявляє інтересу до сценічних виступів, навчання танцю теж принесе багато переваг.

Досвід сценічних виступів допомагає дітям досліджувати свої можливості, вільно висловлюватися, краще зрозуміти себе, як фізично, так і розумово, а також зрозуміти інших, самотньо інтерпретувати навколишній світ. Це заохочує дітей використовувати власну уяву та ідеї, щоб органічно рости та творити. Коли дитина практикується та вивчає танцювальну рутину, вона стає впевненішою у своїй техніці та почуттях, а також здатна транслювати свою інтерпретацію хореографії, виявити свою особистість та емоції, не боячись реакції, яку вона може отримати.

Вплив творчого навчання на дітей величезний. Це сприяє важливості командної роботи та соціальної інтеграції. Впевненість і комунікативні навички є життєво важливими для майбутнього щастя й успіху дітей, а отже хорошим стартом для становлення їхнього характеру та фізичних даних, відповідно і успішності в дорослому віці.

Словник термінів

Акробатика (грец. *ἀκρόβατεῖα* – підніматися вгору, ходжу на півпальцях, лізу вверх) – вид спорту і жанр циркового та естрадного мистецтва, що охоплює одиночні та групові вправи у вигляді стрибків, підтримок, мостів, пірамід тощо.

Ансамблевість виконання танцю – вміння виконавців танцю зіставляти свої технічні можливості з можливостями інших учасників ансамблю, колективне досягнення гармонійного виконання хореографічного твору.

Аутизм – це розлад розвитку нервової системи, що характеризується порушенням соціальної взаємодії, вербальної й невербальної комунікації і повторюваною поведінкою, існують складнощі у взаємодії із зовнішнім світом, з цього приводу виникають порушення в соціалізації.

Брейк (англ. *break* – трощити, ламати, злам, перерва) – 1) різновид сучасного танцю – брейк-денс. Брейк склався внаслідок злиття трьох складових: рок-музики, спортивної аеробіки й ламаних рухів, подібних до рухів роботів із електронної мультиплікації. Виник на початку 80-х років ХХ століття. Розрізняють брейк-денс верхній і нижній, залежно від положення танцівника; 2) в джазі – коротка сольна імпровізація всередині композиції.

Виворотність – властивість танцівника розвертати ноги назовні від стегна до кінчиків пальців, стопи в одну лінію, паралельно до лінії плечових суглобів. Виворотність буває вродженою, та частіше розвивається за сприяння спеціальних вправ у процесі тренажу (класичного, народного або сучасного танцю).

Викладач (-ка) хореографічних дисциплін (англ. *the teacher*) – науково-педагогічний працівник закладу вищої освіти, який проводить навчальну методичну, наукову (творчо-мистецьку) або організаційну діяльність серед студентів в різноманітних формах і формує у них певні фахові компетенції. У широкому розумінні – магістр (викладач-стажист, асистент, викладач,

старший викладач, доцент, професор), який проводить навчально-наукову, методично-дослідницьку та творчо-виховну роботу зі студентами в закладах вищої освіти різних типів з мистецькими спеціальностями, що володіє фаховими-науковими компетенція з хореографічного мистецтва, педагогіки, психології та ін. спеціалізованих дисциплін відповідно до свого профілю.

Викладач (-ка)-тьютор (англ. *the teacher the tutor*) – працівник навчального закладу, педагог-професіонал, який виконує функції помічника, консультанта, наставника, довірена особа студента (учня), який є організатором його життєдіяльності та супроводжуючим у його прагненні самостійно вирішувати завдання хореографічної освіти.

Вправа – складова частина хореографічного екзерсису, призначена для навчальних занять з техніки танцю, виконавської та акторської майстерності. Складається з окремих танцювальних технічних рухів.

Вчитель (-ка) (учитель (-ка)) хореографії – фахівець хореографічного мистецтва, який навчає учнів (дошкільного, шкільного, юнацького віку), передає їм знання з хореографії. У вузькому розумінні – спеціаліст, який проводить навчальну та творчо-виховну роботу з учнями в освітніх закладах різних типів, володіє фаховими компетенція з хореографії, педагогіки, психології та ін. спеціалізованих дисциплін відповідно до свого профілю.

Гімнастика (грец. *γυμναστική*) – 1) комплекс оздоровчих фізичних заходів; 2) вид спорту: спортивна гімнастика охоплює складні фізичні вправи на спеціальних снарядах; художня гімнастика – виконання під музику певних фізичних і танцювальних вправ з предметами (булава, стрічка, м'яч і т. п.) та без них; 3) вид циркового мистецтва – демонстрація складних вправ на спеціальних снарядах і апаратах, встановлених на манежі (партерна гімнастика) або високо над ним (повітряна гімнастика).

Гіперактивність – це стан, при якому активність і збудливість людини перевищує норму. У випадку, якщо подібна поведінка є проблемою для інших, гіперактивність трактується як психічний розлад.

Гносеологія у хореографії – вчення про сутність і закономірності пізнання, теорія пізнання танцю і хореології як науки про хореографічне мистецтво.

Дефіцит уваги – це певний тип поведінки, який супроводжується порушеннями уваги, загального розвитку, гіперактивністю.

Диско (англ. disco) – танець, що отримав назву від популярної танцювальної музики 70–80-х років ХХ століття. Термін «диско» означає стиль танцювальної музики другої половини 1970-х років, який характеризується різноманітним чітким ритмом, підтриманим бас-барабаном, тут домінують вокал та клавішні, струнні, електронні інструменти, на відміну від року, де переважають гітари. Танець диско об'єднує багато стилів, починаючи з танців, які танцюють на вечорах і дискотеках з друзями, закінчуючи віртуозними, атлетичними видами танцю для професіоналів. Усі ці стилі виконують під популярну музику, з чіткими, різкими танцювальними па. На початку 1980-х років популярність диско спадає, проте стиль значно вплинув на виниклі у 80–90-х роках ХХ століття напрями електронної танцювальної музики хауз і техно. Впливи танцю диско простежують також у течіях хіп-хопу 1990–2000-х років.

Дитячий церебральний параліч – це узагальнений термін для групи стійких непрогресуючих рухових синдромів (гіперкінези, атаксія, парези, паралічі), часто поєднаних із психічними та мовленнєвими порушеннями, рідше – епілептичними нападами, ліквородинамічними зрушеннями, патологією слуху, зору, органів і систем чи без них, які є наслідком органічного ураження центральної нервової системи (ЦНС) в пренатальному, інтранатальному та ранньому неонатальному періоді.

Довільний рух – це рух, який може бути ініційований чи припинений за вольовим бажанням.

Дошкільне хореографічне виховання – система колективного виховання танцювальних здібностей дітей дошкільних державних і приватних дошкільних дитячих установ, як правило на уроках «Ритміки і танцю».

Екзерсис (франц. *exercice* – вправи) – система вправ (комплекс тренувальних вправ) для підготовки та розвитку виконавців

танцю. Сприяє розвитку сили м'язів, еластичності зв'язок, вихованню виворітності, стійкості і правильної координації рухів тощо.

Здібність до танцю – індивідуальні психофізіологічні властивості людини, необхідні для успішної хореографічної діяльності – набуття спеціальної фахової підготовки і досягнення певного професійного рівня. Для виконавської, викладацької, менеджерської діяльності необхідні відповідні знання і навички, окрім суто професійних – комунікативність, перцептивність, емоційна стійкість, креативність, прогностичність, зосередженість тощо.

Імпровізація (фран. *improvisation*, італ. *improvvisazione*, від лат. *improvisus* – непередбачений) – створення художнього твору (наприклад: музичного, поетичного, сценічного, танцювального) у момент його виконання без попередньої підготовки. Танцювальна імпровізація зародилася з народних обрядів, ігор і свят, а в сучасних танцях залучається в професійне мистецтво. Театральна імпровізація (акторська імпровізація) – гра, дії актора, створення сценічного образу і власного тексту під час театральної вистави, не за сценарієм. Імпровізація в театральній дії зародилася в народних постановках і досягла найвищого рівня в народній італійській комедії дель арте (XVI–XVIII століть) та у французькому фарсі (XV–XVI століть).

Інвалідність – соціальне явище, що є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми з інвалідністю та перешкодами у стосунках і середовищі, які заважають їхній повноцінній і дієвій участі у житті суспільства на рівні з іншими.

Індивідуальний танець – тип (форма) хореографічної лексики (твору), який склався історично та має соціально-психологічну й ідейно-світоглядну вмотивованість автора (хореографа, танцівника). Акцент зосереджується на самоцінності індивідуального почерку хореографічного руху, його автономії, праві самому вирішувати напрям своєї діяльності.

Індивідуальність (лат. *individuitas* – неподільність) – сукупність своєрідних особливостей і певних властивостей людини, що визначають її неповторність і відрізняють одну людину від

іншої. Індивідуальність у хореографічному мистецтві зумовлюється особливостями психіко-фізичного розвитку та емоційності, унікального хореографічного почерку, духовно-практичної наповненості, що є сукупним результатом саморефлексії, здібностей, особистих якостей інтелекту, що впливають на перебіг навчання і хореографічно-професійну діяльність людини, на її мистецькі та хореографічно-педагогічні досягнення.

Інтелект (лат. *intellectus* – пізнання, розуміння, розум) – розумові здібності людини, здатність орієнтуватись, аналізувати та адекватно відображати й перетворювати навколишній світ, навчатися та пізнавати його, засвоювати попередній досвід і прогнозувати розвиток особистості. Структура інтелекту охоплює сприйняття і сприймання, мислення, мовлення, визначається обсягом та глибиною пам'яті, стійкістю уваги та іншими психічними процесами. Інтелект суттєво впливає на здатність танцівника до художньої творчості, визначаючи, поряд з інтуїцією, його специфіку, неповторність та масштабність.

Кінезіологія (грец. *κίνησις* – рух, *λόγος* – вивчати, вчення; англ. *Kineziology*) – наукова, практична дисципліна, що вивчає роботу м'язів танцівника у всіх її проявах. З кінця ХХ – початку ХХІ століття міждисциплінарна галузь знань в хореології, наука про роботу м'язів тіла людини, рух думок, почуттів. Практична кінезіологія – на основі сучасних систем методів діагностики (м'язового тестування) займається тілесними проблемами (проводячи переважно корекцію м'язів, хребта, кісток черепа, суглобів). В хореографічній освіті може використовуватися як одна з допоміжних дисциплін (наприклад, при підготовці танцівників артистів балету).

Кінестетична пам'ять – у переліку за сенсорною модальністю – зорова (візуальна) пам'ять, моторна (кінестетична) пам'ять, звукова (аудіальна) пам'ять, смакова пам'ять, больова пам'ять.

Компетентність – динамічна комбінація знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей, що визначає здатність особи успішно

соціалізуватися, провадити професійну та/або подальшу навчальну діяльність.

Координація (лат. *coordination* – узгоджувати) – встановлення взаємозв'язків між окремими діями органів та системами руху тіла танцівника.

Майстерність – категорія визначення виконавських навиків танцівника (артиста балету), високий степінь художньої досконалості у створенні і виконанні хореографічних творів. Основні складові – талант, школа, працездатність.

Метод – 1) система правил та прийомів у підходах до вивчення явищ і закономірностей природи, суспільства, мислення; 2) шлях, спосіб досягнення певних результатів у пізнанні і практиці; 3) спосіб теоретичного дослідження або практичної реалізації будь-чого, який виходить із знання закономірностей розвитку об'єктивної реальності та предмета, явища, процесу, які досліджуються.

Методологія (грец. *μεθοδολογία* – вчення про способи; *μεθoδος* або *μετά-* + *oδος* – дослівно «шлях вслід за чим не будь»; *λόγος* – вивчати, вчення) – вчення про метод діяльності як такий, охоплює принципи, методи діяльності і знання, що відображає їх. Складається з методології пізнання, методології практичної цільності та методології оцінювання. Сукупність основних дослідницьких методів певної галузі науки.

Мимовільні рухи – це неусвідомлювані дії та рухи.

Партерний екзерсис (тренаж) (франц. *exercice par terre*, інша назва франц. *barre au sol* – опора на землі) – частина екзерсису уроку танцю, що виконується сидячи або лежачи на підлозі. Один із перших розробником цієї методики був Борис Князєв. Партерний екзерсис є однією з основних складових уроку сучасного танцю (джаз-танцю, модерн-танцю, джаз-модерн-танцю).

Позашкільна хореографічна освіта – освітня діяльність спрямована на розвиток творчих здібностей дітей та молоді у сфері освіти, культури і мистецтва, фізичної культури і спорту та іншої творчості, що покликана на здобуття учнями первинних професійних хореографічних знань, вмінь і навичок, необхідних для їх соціалізації, подальшої

самореалізації та/або професійної діяльності. Охоплює державні, комунальні, приватні позашкільні навчальні заклади; інші навчальні заклади як центри позашкільної освіти; загальноосвітні навчальні заклади незалежно від підпорядкування, типів і форм власності, в тому числі школи соціальної реабілітації, міжшкільні навчально-виробничі комбінати, професійно-технічні училища та заклади вищої освіти всіх рівнів акредитації, що поводять освітню діяльність у позаурочний та позанавчальний час; гуртки, секції, клуби, культурно-освітні, спортивно-оздоровчі, мистецькі об'єднання, громадські організації, фонди, асоціації та ін., діяльність яких пов'язана з функціонуванням позашкільної хореографічної освіти.

Постава – положення корпусу, рук, ніг, голови, пальців, необхідне для ефективної навчальної та виконавської діяльності танцівника.

Програма (італ. *programma* – пояснення) – 1) послідовність номерів концерту, естрадної вистави, радіо-, телевізійної передачі; 2) літературний виклад змісту твору, який виконується; 3) стислий виклад начального предмета; офіційний документ, де визначено перелік, зміст і послідовність питань, які треба вивчати. Програма визначає часовий обсяг курсу, конкретизуючи змістовний бік навчального плану.

Психотерапія – метод впливу лікаря та медичного персоналу словом на психіку хворого з лікувальною метою.

Реабілітація – комплекс медичних, педагогічних, професійних і соціальних заходів та послуг, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності осіб з обмеженими фізичними й психічними можливостями внаслідок перенесених травм та захворювань.

Ритміка – 1) теорія *ритму*, один із основних розділів античної теорії музики; 2) сукупність виявів ритму в музиці; 3) система вправ, навчальний предмет, що має на меті розвиток ритмічного відчуття; 3) система рухових вправ, побудованих на зв'язку рухів і музики.

Ритмічне виховання – система, яку запропонував Ж.-Е. Далькроз для виховання і розвитку відчуття ритму, пластичності,

музичного слуху та пам'яті. Для цього ритмічне виховання використовує систему спеціальних вправ, що спираються на зв'язок музики і рухів. В Україні ритмічне виховання є одним із засобів естетичного виховання в дошкільних закладах, музичних школах, хореографічних, педагогічних, культурних та інших навчальних закладах.

Самодіяльність – діяльність аматорських хореографічних, вокально-хореографічних, ансамблів пісні і танцю, театральних і т. п. колективів.

Синдром Дауна – це генетичний стан, який викликаний присутністю додаткової хромосоми у 21 парі.

Соціалізація – комплексний процес та результат засвоєння й активного відтворення людиною соціально-культурного досвіду (знань, цінностей, норм, моралі, традицій тощо) на основі її діяльності, спілкування і відносин, обов'язковий чинник розвитку особистості.

Сучасний танець – 1) вид хореографічного мистецтва, загальне поняття танцювальних форм, зародження й становлення яких відбувалось упродовж ХХ століття. Остаточо сформувались як окремі техніки чи танцювальні системи в 1970–2010 роках. В останні десятиріччя сучасний танець розвивається за такими напрямками, як джаз-танець (Contemporary Jazz Dance, афро-джаз-танець, фольк-джаз-танець та ін.); модерн-танець, контемпорарі (Contemporary Dance, фольк-модер-танець, перфоманс); стріт данс (хіп-хоп, диско, брейк-денс, фанк та інші); соціальний танець (клубний танець); 2) напрям мистецтва танцю Contemporary dance, що охоплює танцювальні техніки та стилі кінця ХХ –початку ХХІ століть, які сформувалися на основі американського і європейського модерн-танцю, постмодерн-танцю. В цьому напрямку рух розглядають як засіб вираження внутрішнього стану танцівника і хореографа та слугує для створення індивідуальної хореографічної лексики. Художніми засобами цього напрямку повтає синтез різних технік і танцювальних стилів. Для сучасного танцю характерна дослідницька спрямованість, обумовлена взаємодією танцю з філософією руху, що постійно розвивається, та комплексом знань про можливості людського тіла.

Танець (нім. *Tanz*; польс. *Taniec*) – вид мистецтва, в якому художній образ створюється за допомогою ритмічних пластичних рухів і зміни виразних положень людського тіла. Танець нерозривно пов'язаний із музикою, емоційно-образний зміст якої знаходить своє втілення в його рухах, фігурах, композиціях. Мистецтво танцю, будучи одним із найдавніших проявів народної творчості, утворилося з різних рухів і жестів, пов'язаних із трудовою діяльністю й емоційним сприйняттям людини. У кожного народу утворилися свої народні танці. Танець має різні засоби виразності: гармонійні рухи й пози; пластику і міміку; динаміку – варіювання розмаху й напруженості рухів; темп і ритм руху; просторовий малюнок, композицію; костюм і реквізит. Велике значення має техніка – ступінь володіння тілом і майстерність у виконанні основних па і позицій. Темп – це найпростіша форма танцювального руху, різні танцювальні поєднання утворюють па.

Танцювальна терапія (англ. *Dancing therapy*) – 1) міждисциплінарна галузь знання в хореографії, психотерапевтичне використання танцю і руху як процесу, що сприяє інтеграції емоційного і фізичного стану особистості. В освіті може використовуватися як одна з допоміжних дисциплін (наприклад, при підготовці фахівців-педагогів хореографічного мистецтва).

Технології навчання у хореографії – сукупність форм, методів, прийомів та засобів передавання професійного та соціально-історичного досвіду у процесі навчання.

Технології хореографічної освіти – процес та результат створення адекватної потребам і можливостям особи та суспільства системи соціалізації, особистісного та професійного розвитку людини в закладі освіти, що складається зі спеціально сконструйованих відповідно до заданої мети методологічних, дидактичних, психологічних, інтелектуальних, інформаційних та практичних дій, операцій, прийомів, кроків, які гарантують досягнення цілей, що визначені учасниками освітнього процесу, та свободу їх усвідомленого вибору.

Хвилювання танцівника – психічний стан людини, зумовлений надмірним збудженням нервової системи, її перевантаженням позитивними або негативними переживаннями, є показником емоційного стану людини. Надмірне хвилювання може негативно позначитися на навчанні та виступах артиста балету (танцівника).

Хіп-хоп-танець (англ. hip-hop, що не має дослівного перекладу) – вид і танцювальна система студійних технік масово-популярного синтезованого танцю в сучасній хореографії американсько-європейського походження. Хіп-хоп-танець поєднує різні стильові форми – вуличні, молодіжні танці (street dance) – хіп-хоп та його нова форма нью-стїйл, електрик-буті, брейк-денс, клубні танці (club dance) – фанк, техно, хаус, ер-ен-бі (R & B).

Хореографічне виховання – галузь естетичного виховання, сфера залучення суспільства до танцювальної культури, цілеспрямований системний розвиток хореографічних здібностей і танцювальної культури особистості, виховання цілісного відчуття, переживання і розуміння змісту хореографічного твору, засвоєння суспільно-історичного досвіду хореографічної та музичної діяльності. Включаючи елементи хореографічної освіти і навчання, хореографічне виховання практикують у дошкільних, позашкільних закладах, центрах творчості дітей та юнацтва, будинках культури та просвіти, клубах, загальноосвітніх та хореографічних школах, дитячих мистецьких школах, музичних школах, хореографічних училищах, коледжах культури і мистецтв, інститутах, академіях та університетах, шляхом залучення дітей, юнацтва та дорослих до активних занять танцем, формуванням підвалин танцювальної культури як важливої і невід’ємної частини духовної культури.

Хореографічні знання – осмислена та засвоєна суб’єктом наукова інформація з хореографічного мистецтва (хорології) та інших наук, що є основою його усвідомленої, цілеспрямованої діяльності. Знання поділяються на емпіричні (фактологічні) і теоретичні (концептуальні, методологічні).

Хореографічні уміння – здатність застосовувати знання для виконання завдань та розв'язання задач і проблем. Уміння поділяються на когнітивні (інтелектуально-творчі) та практичні (на основі майстерності з використанням методів, матеріалів, інструкцій та інструментів).

Хореографія (грец. χορεία – танець і ὑπόψω – пишу) – 1) запис танцю за допомогою умовних знаків; 2) мистецтво створювання танців і балетів; 3) танцювальне мистецтво в усіх його різновидах (фольклорні, ритуальні, народно-сценічні, бальні, спортивні, сучасні).

Шейпінг (англ. *shaping*) – різновид ритмічної гімнастики, яку виконують під швидку музику.

* * *

Список використаних джерел

1. Загальна декларація прав людини. Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 р. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text.
2. Про вищу освіту : Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII. Дата оновлення: 02.10.2021 р. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
3. Про загальну середню освіту : Закон України. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2020. № 31. Ст. 226. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#Text>.
4. Про освіту : Закон України. *Відомості Верховної Ради*. 2017. № 38–39. Ст. 380. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>.
5. Про охорону дитинства : Закон України від 26.04.2001 р. №2402. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2001. (№30). С. 142.
6. Про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. №2801-XII. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 1993. (№4). С. 20.
7. Про позашкільну освіту : Закон України. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 2000. № 46. Ст. 393. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-14#Text>.
8. Конвенція про права дитини. Схваленими резолюцією 50/155 Генеральної Асамблеї ООН від 21 грудня 1995 р. Конвенцію ратифіковано Постановою ВР № 789-XII від 27.02.91 р. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text.
9. Про затвердження порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації : постанова Кабінету Міністрів від 12.02.2007 / №80. *Офіційний вісник України*. 2007. №8. С. 54.
10. Формуляр ЛК Класифікатори, МКХ-10-АМ, (G80-G83). Дитячий церебральний параліч. URL : <https://mkb-10.com/index.php?pid=5325>.
11. Формуляр ЛК. Класифікатори, МКХ-10-АМ, (F80-F89). Розлади психічного розвитку. URL : <http://kod.poltavalk.com.ua>

/mkkh-10-am/66-klas-5-rozlady-psykhiky-ta-povedinky-fo0-f99/545-f80-f89-rozladi-psikhichnogo-rozvitku.

12. Алкогольний синдром плоду : особливості. URL : <https://pryntsyup.if.ua/alkogolnyy-sindrom-plodu-osoblivosti/>.

13. Аспергер С. Аутистические психопаты в детском возрасте. Архив психиатрии и нервных заболеваний (1944) (*Из Венской университетской детской клиники*) / перев. А. Челикова, за ред. А. Северного. Москва : Вита Пресс, 2010. № 2. Ч.1. С. 91–117.

14. Аспергер С. Аутистические психопаты в детском возрасте / перев. А. Челикова, за ред. А. Северного. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2011. № 1. Ч. 2. С. 82–109.

15. Бондаренко Л. Методика шкільної хореографічної роботи. Київ : Музична Україна, 1998. 342 с.

16. Борисенко О., Музика С. Концепції і теорії причин виникнення розладу спектра аутизму. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2016. № 1. С. 209–217.

17. Боярчиков Н. Основы хореографической работы с детьми. Санкт-Петербург : Нева, 1999. 130 с.

18. Вакуленко Ю. Порушення сну у дітей з розладами аутистичного спектра. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2019. Вип. 38. Серія 19. С. 174–179.

19. Васина В., Вахрушева А. Изучение вербального поведения у младших школьников с расстройством аутистического спектра. *Международный научный журнал «Школа Науки»*. 2020. №11 (36). URL : <https://shkolanauki.ru/journal/36>.

20. Галах Т. Діагностика і корекція дітей з раннім дитячим аутизмом. Нетішин, 2016. 49 с.

21. Гальчин К. Раннє виявлення ознак розладів спектра аутизму у дітей. *Дитяча та підліткова психіатрія*. 2015. № 2(47). С. 51–56.

22. Геслак Д. Адаптивная физкультура для детей с аутизмом. Методические основы и базовый комплекс упражнений для увеличения физической активности детей и подростков с РАС. Екатеринбург : Издательство Рама Пабблишинг, 2019. 192 с.

23. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. Санкт-Петербург : ИСПиП, 2018. 312 с.

24. Годовський В., Арабська В. Теорія та методи роботи з хореографічним колективом дитини. Рівне : РДГУ, 2000. 76 с.

25. Голдрич О. Методика вивчення хореографії. Львів : СПОЛОМ, 2006. 84 с.

26. Гребенникова Е., Шелехов И., Филимонова Е. Понимание расстройств аутистического спектра на основе междисциплинарного подхода. *Научно-педагогическое обозрение. Pedagogical Review*. 2016. № 3 (13). С. 16–22.

27. Гринина Е. Современные подходы к коррекции расстройств аутистического спектра. *Инклюзия в образовании*. 2016. № 2. С. 159–176.

28. Дименштейн Р., Ларикова И. «Интеграция» или «инклюзия». *Особый ребенок. Исследования и опыт помощи*: сборник. 2009. Вып. 6–7. С. 141–152.

29. Дмитриева С., Лежнина А. К вопросу о диагностике, лечении и реабилитации детей с аутизмом. *Инновационные реабилитационные технологии в системе лечебно-педагогической помощи детям с ограничениями жизнедеятельности* : сб. науч. трудов / под ред. И. Лукьяновой. 2016. С. 12–22

30. Додзина О. Коррекция раннего детского аутизма в процессе игровой деятельности. *Педагогика и психология: актуальные вопросы теории и практики* : материалы X Междунар. науч.-практ. конф. 2017. С. 329–333.

31. Дубровина Л. Опыт работы по социально-психологической адаптации детей с РАС с применением арт-терапевтических технологий в центре «Родничок». *Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра*: сб. материалов II науч.-практ. конф., 22–24 ноября 2017, под. ред. А. Хаустова. 2017. С. 26–31.

32. Емелина Д., Макаров И. Задержки психического развития у детей (аналитический обзор). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. 2018. № 1. С. 4–12.

33. Євтушенко О., Євтушенко С. Сучасні методи лікування м'язової спастичності у дітей з органічними захворюваннями нервової системи: методичні рекомендації. Донецьк : Інтермед, 2006. 26 с.

34. Загалевиц В. Суперечності та особливості організації навчання дітей з розладами спектра аутизму в рамках інклюзії.

Реформа освіти в Україні. Інформаційно-аналітичне забезпечення : зб. II Міжнар. наук.-практ. конф. (наукове електронне видання), 15 жовтня 2020 р. Київ : ДНУ «Інститут освітньої аналітики», 2020. С. 109–112.

35. Зверева Н., Горячева Т. Клиническая психология детей и подростков. Москва : Изд-во «Академия», 2013. 282 с.

36. Исаев Д. Психиатрия детского возраста: психопатология развития. Санкт-Петербург : СпецЛит, 2013. 188 с.

37. Кінезіологія танцю : колективна монографія за заг. ред. О. Плахотнюка. Львів : СПОЛОМ, 2020. 244 с.

38. Колесникова Г. Справочник детского психолога. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2010. 300 с.

39. Кольногузенко Б. Методика роботи з хореографічним колективом. *Хореографічна робота з дітьми*. Ч. 1. : навч. посібник. Харків: ХДАК, 2005. 153 с.

40. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушение и патология психики. Санкт-Петербург : Прайм – ЕВРОЗНАК, 2007. 184 с.

41. Кускова Е. Причины и факторы возникновения аутизма. *World science: problems and innovations* : сб. XXXVI Междунар.науч.-практ. конф. 2019. С. 203–209.

42. Либлинг М. Игровая холдинг терапия при аутизме: методические особенности и этические аспекты применения. *Дефектология*. 2014. Т. 3. С. 30–44.

43. Лютова Е., Моница Г. Шпаргалка для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. Москва : Генезис, 2000. 156 с.

44. Мамайчук И. Помощь психолога детям с аутизмом. Санкт-Петербург : Речь, 2007. 96 с.

45. Марковська М. Як працювати з дітьми з інтелектуальними порушеннями : методи та поради. Як працювати з дітьми з інтелектуальними порушеннями. Методи та поради. *Нова українська школа*. URL: nus.org.ua.

46. Марценковский И. Возможности профилактики, особенности диагностики и лечения расстройств из спектра аутизма. *Здоров'я України*. 2012. № 1 (20). С. 66–67.

47. Марценковський І., Бікшаєва Я., Ткачова О. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: метод. реком. Київ, 2009. 46 с.

48. Марценковський І., Марценковська І. Розлади аутистичного спектра: фактори ризику, особливості діагностики й терапії. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2018. № 4 (98). С. 75–83.
49. Марценковський І., Марценковська І. Розлади аутистичного спектра у дітей: чинники ризику, особливості діагностики та терапії. URL: https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-2146/Rozladi-autistichnogospetra_chinniki-riziku-osoblivosti-diagnostiki-ta-terapiyi-#gsc.tab=0.
50. Медведев А, Медведев И. Собака-целитель, 10 основных методов канистерапии. Москва, 2007. 131 с.
51. Мищенко И., Волынская Е. Адаптивное физическое воспитание школьников с нарушением интеллекта и соматическими заболеваниями *Известия Тульского государственного университета. Физическая культура*. Спорт. 2019. № 12. С. 34–41.
52. Міжнародна статистична класифікація хворіб та споріднених проблем охорони здоров'я. 10 перегляд. МКХ-10.
53. Навчальна програма для підготовчих (1–4) класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з порушенням опорно-рухового апарату. Київ : Генеза, 2014. 55 с.
54. Опасные методы в детской психотерапии / Л. Кремнева, Г. Козловская, М. Иванов и др. *Психическое здоровье*. 2016. № 5. С. 29–35.
55. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи : навч.-метод. посібник / ред. В. Мартинюк, С. Зінченко. Київ : Інтермед, 2005. 416 с.
56. Островська К. Аутизм: проблеми психологічної допомоги. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.
57. Островська К. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом. Львів : Тріада плюс, 2012. 520 с.
58. Островська К., Рибак Ю. Реабілітація дітей з аутистичним спектром у центрі денного перебування. Львів : Тріада плюс, 2010. 115 с.
59. Официальный сайт МКБ-10. URL: <http://mkb10.com/b/62>.
60. Пахомова Н., Кононова М. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010105 «Корекційна освіта». Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. 357 с.
61. Підвищення якості психолого-педагогічного супроводу дітей з розладами аутичного спектра в закладах освіти. URL:

<https://mon.gov.ua/ua/news/usi-novivni-novini-2015-11-12-pidvishhennya-yakosti-psixologo-pedagogic>

62. Плахотнюк О. Використання акробатичних елементів в сучасній хореографії. *Вісник Міжнародного Слов'янського університету* : зб. наук. праць. Серія мистецтвознавство. Харків : 2010. Вип. № 2, Т. XIII. С. 88–96.

63. Плахотнюк О. Вимоги до професійного відбору учнів хореографічних навчальних закладів : зб. матеріалів *Всеукр. наук.-практ. конф. «Педагогічні, психологічні та медико-біологічні аспекти в хореографії та спорті»*, (Львів, 19 березня 2017 р.). Львів : СПОЛОМ, 2016. С. 90–108.

64. Плахотнюк О. Засади джаз-танцю як складової танцювальної арт-терапії : зб. матеріалів *Всеукр. наук.-практ. конф. «Проблеми та перспективи розвитку хореографічного мистецтва в системі вищої освіти»* (Херсон, 19 листопада 2016 р.) Херсон : Херсонський державний університет, 2016. С. 130–139.

65. Плахотнюк О. Інклюзивна мистецька освіта: проблеми та перспективи : зб. матер. *Всеукр. семін-практ., «Інноваційні технології в сучасному просторі»* (Львів–Броди, 23–24 листопада 2021 р.) упоряд. Н. Волянник. О. Плахотнюк. Броди : Видавництво «Просвіта», 2022. С. 6–14.

66. Плахотнюк О. Навчальні програми з позашкільної освіти «Джаз-модерн танець» (4 роки навчання). *Кінезіологія танцю та техніко-естетичних видів спорту : навч.-метод. посібник / упоряд. О. Плахотнюк*. Львів : ЛНУ імені Івана Франка кафедра режисури та хореографії, 2021. Ч. V. С. 166–188.

67. Плахотнюк О. Проблематика формування науково-понятійного апарату хореографічного мистецтва : зб. матеріалів *IV Всеукр. наук.-практ. конф., «Художні практики та мистецька освіта у крос культурному просторі сучасності»*: (Полтава, 29–31 березня 2017 р.). Полтава : Видавництво «Симон», 2017. С. 27–32.

68. Плахотнюк О. Танцювальна арт-терапія у практиці джаз-танцю : зб. матеріалів *Всеукр.наук.-практ. конф. «Педагогічні, психологічні та медико-біологічні аспекти в хореографії та спорті»* (Львів, 16–17 березня 2017 р.). Львів : СПОЛОМ, 2016. С. 51–61.

69. Плахотнюк О. Тенденції взаємодії принципів кінезеології танцювального руху в освітніх процесах хореографічного мистецтва. *Кінезіологія танцю та техніко-естетичних видів спорту : навч.-метод. Посібник / упоряд. О. Плахотнюк*. Львів : б.в., 2019. Ч. III. С. 6–11.

70. Плахотнюк О. Тенденції взаємодії принципів кінезіології танцювального руху в освітніх процесах хореографічного мистецтва : зб. матер. *Всеукр. наук.-практ. конф. «Взаємодія хореографічного мистецтва і спорту в освітньому процесі досвід,*

проблеми, перспективи» (Київ, 21–23 березня 2019 р.). Київ : НАКККіМ, 2019. С. 16–20.

71. Плахотнюк О. Трактуння базисів кінезеології через призму науково-практичної складової хореографічного мистецтва. *Кінезіологія танцю та складно-координованих видів спорту : навч.-метод. Посібник / упоряд. О. Плахотнюк. Львів : Кафедра режисури та хореографії ЛНУ ім. І. Франка, 2017. С. 6–11.*

72. Плахотнюк О. Чинник сильної особистості у формуванні хореографічного мистецтва : зб. наук. праць. *Rola odbioru sztuki w formacji osoby a etos społeczny. Львів–Rzeszów, 2014. С. 85–97.*

73. Плахтій М., Куралова Я. Психологічні та фізіологічні особливості розвитку дітей з розладами аутичного спектра. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2017. № 2. С. 152–157.*

74. Полякова М. Как правильно учить ребенка говорить. Москва : Т. Дмитриева, 2014. 144 с.

75. Помогайбо В., Петрушов А. Генетика людини : навч. посібник. Київ : ВЦ «Академія», 2011. 280 с.

76. Порошенко М. Інклюзивна освіта. Київ : ТОВ «Агентство України», 2019. 300 с.

77. Програма розвитку дитини дошкільного віку «Я у Світі» / ред. О. Аксьонова, Л. Аніщук, Л. Артемова, та ін.; наук. кер. О. Кононко. Київ : ТОВ «МЦФЕР-Україна», 2014. 204 с.

78. Просто про інклюзивну освіту. URL : <https://mon.gov.ua/ua/prosto-pro-inklyuzivnu-osvitu>.

79. Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация. Клинические рекомендации. URL : [file:///C:/Documents%20and%20Settings/User\(4\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/User(4).pdf).

80. Расстройства аутистического спектра у детей / ред. Н. Симашковой. Москва : Авторская академия, 2013. 264 с.

81. Розвиток художньо-естетичного світогляду майбутніх учителів хореографії та основи інтегративного підходу : колективна монографія / Н. Кривунь, К. Ірдиненко, О. Мартиненко, О. Плахотнюк, Л. Савчин, [та ін.]; за заг. ред. О. Мартиненко. Бердянськ : Видавець Ткачук О. В., 2016. 256 с.

82. Семянникова А. Расстройства аутистического спектра: классификация, определение понятий, симптомы. *Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2013. №3. С. 67–71.*

83. Симашкова Н., Макушкин Е. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечения). Москва, 2015. 88 с.
84. Сингатуллина И., Каримуллина А. Сенсорная интеграция детей с расстройствами аутистического спектра. *Актуальные проблемы современной науки, техники и образования*. 2017. №2. С. 212–215.
85. Скрипник Т. Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом (на допомогу фахівцям): наук.-метод. посіб. Київ : Видавництво «Фенікс», 2010. 59 с.
86. Скрипник Т. Феноменологія аутизму. Київ : Фенікс, 2010. 320 с.
87. Степанова О. Солнечный мальчик: книга для родителей, воспитывающих особых детей. Санкт-Петербург : Речь, 2014. 186 с.
88. Субботин А., Рацевская Л., Лечебная кинология. Теоретические подходы и практическая реализация. Москва : Макцентр, 2004. 96 с.
89. Супрун Г. Особливості вивчення міжособистісних стосунків дошкільників із розладами аутистичного спектра. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2016. № 2. С. 76–82.
90. Тарасова Н. Методика изучения танца. Москва : ПРИСТ, 2000. 160 с.
91. Тарасун В., Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посібник для вищих навч. закладів. Київ : Наук. світ, 2004. 100 с.
92. Темерівська Т., Ворнічеса Т. Особливості фізичної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра. *Молодий вчений*. 2018. № 3.3 (55.3). С. 167–170.
93. Теорія і практика інклюзивної освіти: навч.-метод. Посібник / упоряд. К. Бондар. Кривий Ріг, 2019. 170 с
94. Українське хореографічне мистецтво в контексті світової художньої культури (сучасний поліжанровий дискурс): колективна монографія / за заг. ред. О. Плахотнюка. Львів : СПОЛОМ, 2020. 316 с.
95. Фесенко Е., Фесенко Ю. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. Москва : Наука и техника, 2010. 244 с.
96. Фріз П. Теорія та методика хореографічної роботи з дітьми: підручник для студентів спеціальності «Хореографія». Дрогобич : ДДПУ, 2006. 198 с.

97. Хімко М., Островська К., Кочмарик Х. Психотерапевтична робота з батьками дітей з особливими потребами та робота з проблемною поведінкою. *Вісник інституту розвитку дитини. Філософія, педагогіка, психологія*. 2013. № 29. С. 144–150.
98. Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. пособие / ред. Л. Шапковой. Москва : Советский спорт, 2003. 464 с.
99. Чеботарьова О. Інклюзивне навчання за нозологіями : дитина з синдромом Дауна. Харків : Ранок, 2017. 48 с.
100. Черная Т. Опыт кинезитерапевтической помощи семьям, имеющим детей с аутизмом. URL https://psyjournals.ru/files/72890/autism_2014_4_chernaya.pdf
101. Чернецька О. Особливості розвитку рухової сфери аутичних дітей. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць*. Київ. 2008. № 3. С. 166–168.
102. Чорнак З. Біомеханіка в сучасному мистецтві. *Кінезіологія танцю та техніко-естетичних видів спорту : навч.-метод. Посібник / упоряд. О. Плахотнюк*. Львів : ЛНУ ім. Івана Франка кафедра режисури та хореографії. 2021. Ч. 5. С. 6–15.
103. Чорнак З. Засоби впливу хореографа на інновації в сучасній хореографії. *Сучасне хореографічне мистецтво: підґрунтя, тенденції, перспективи розвитку : навч.-метод. Посібник / упоряд. О. Плахотнюк*. Львів : ЛНУ ім. Івана Франка кафедра режисури та хореографії. 2020. Ч. 3. С. 126–134.
104. Чорнак З. Хореографія в системі реабілітаційних заходів для дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. *Всеукр семінар-практикум «Інноваційні технології в сучасному освітньому просторі»* Львів–Броди : «Просвіта». 2022. С. 89–97.
105. Чорнак З. Хореографія, як метод впливу на соціалізацію та самореалізацію дітей з вадами фізичного та розумового розвитку. *Кінезіологія танцю та техніко-естетичних видів спорту : навч.-метод. Посібник / упоряд. О. Плахотнюк*. Львів : ЛНУ ім. Івана Франка кафедра режисури та хореографії. 2020. Ч. 4. С. 30–39.
106. Чуприков А., Хворова Г. Розлади спектра аутизму: медична та психологічна допомога. Львів, 2012. 184 с.
107. Шаповалова І., Псарьова А. 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. Житомир. 2017. № 4 (23). С. 288–292.
108. Шевчук А. Дитяча хореографія. Тернопіль : Мандрівець, 2016. 288 с.
109. Шоплер Е., Ланзирд М., Вотерс Л. Піддержка дітей с аутизмом : зборник упражнень для професіоналів и родителів. Минск : БелАПДІ, 1997. 119 с.
110. Шорікова Д., Зверева Н. Оцінка соціальної адаптації : діти з дитячим синдромом аутизму. URL : https://mprj-ru.translate.google.com/archiv_global/2010_1_2/nomer/nomer05.php?_x_tr_sch=http&_x_tr_sl=ru&_x_tr_tl=uk&_x_tr_hl=uk&_x_tr_pto=sc.
111. Шульженко Д. Особливості інклюзивної форми освіти для учнів із затримкою психічного розвитку. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2013. №23. С. 415–420.
112. Юшковська О., Семененко О., Середовська В. Фізична реабілітація дітей з особливостями інтелектуального розвитку за допомогою оздоровчого напрямку макотокай карате. *Сучасні досягнення спортивної медицини, фізичної реабілітації, фізичного виховання та валеології – 2020 : ХХ ювілейна міжнар. наук.-практ. конф., присвячена 120-річчю ОНМедУ* (Одеса, 24–25 вересня 2020 р.). Одеса : ПОЛІГРАФ, 2020. С. 130–131.
113. Ashleigh Hillier, Abigail Buckingham, David Schena, II, Physical Activity Among Adults With Autism: Participation, Attitudes, and Barriers First Published May 22, 2020. URL : <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0031512520927560>.
114. Association for Science in Autism Treatment: URL : <http://www.asatonline.org>.
115. Austin D., Chan E., McGinley J. Physical, cognitive, phsycological and social effects of dance in children with disabilities: systematic review and meta-analysis. London, 2019. P. 13–26.
116. Bachman J., Sluyter D. Reducing inappropriate behaviours of developmentally delayed adults using antecedent aerobic dance exercises *Research of Developmental Disabilities*. 1988. Vol. 9. P. 73–83.
117. Beatriz Menezes DeJesus Dance influence in autonomy, communication, and functionality of young people with Autism Spectrum Disorders: a randomized clinical trial, Universidade Federal de Sergipe, *Complementary Therapies in Medicine* March 2020. 49(6).

118. Bunney J., Valletutti P., Christoplos F. Dance therapy. *Interdisciplinary Approaches to Human Services*. Baltimore : University Park Press, 1977. P. 151–159.

119. Celiberti D., Bobo H., Kelly K., Harris S., Handleman J. The differential and temporal effects of antecedent exercise on the self-stimulatory behavior of a child with autism. *Res Dev Disabil*, Mar.–Apr. 1997. 18(2). P. 139–50.

120. Elliott and Wexler (1994) and Stiles et al. *Journal of Counseling Psychology*. 1994. 41(2). 186–190. URL : <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.2.186>.

121. Fisch G. Nosology and epidemiology in autism: classification counts. *Am. J. Med. Genet. C. Semin. Med. Genet.* 2012. №160. P. 91–103.

122. Ghaziuddin M. & Butler E. Clumsiness in autism and Asperger syndrome: A further report. *Journal of Intellectual Disability Research*, 1998. 42(1), 43–48. URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S08966273100609X>.

123. Green D., Charman T., Pickles A., Chandler S., Loucas T., Simonoff E., Baird G. Impairment in movement skills of children with autistic spectrum disorders. *Dev Med Child Neurol*. 2009. Apr. 51(4). P. 311–326.

124. Healy S., Nacario A., Rock E. Braithwaite A., Hopper C. The effect of physical activity interventions on youth with autism spectrum disorder. *A meta-analysis Autism Res*, 2018. Jun. Vol. 11(6). P. 818–833. URL: [doi: 10.1002/aur.1955](https://doi.org/10.1002/aur.1955). Epub 2018 Apr 25.

125. Iliadis I., Apteslis N. The role of physical education and exercise for children with autism spectrum disorder and the effects on socialization, communication, behavior, fitness and quality of life. *Dialog. Clin. Neurosci. Ment. Health* 3. 2020. P. 71–81.

126. Karen P. De Pauw. Horseback Riding for Individuals With Disabilities: Programs, Philosophy, and Research. URL : <https://pdfs.semanticscholar.org/5f45/62587bf2ec9bc407d311e9ed42db5d547565.pdf>.

127. Koegel L., Koegel R., Dyer K. The effects of physical exercise on self-stimulation and appropriate responding in Autistic children January. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1983. 12(4). P. 399–419. URL : DOI:10.1007/BF01538327, PubMed.

128. Kultura fizyczna, pedagogika, zdrowie i fizjoterapia : Monografia / L. Androschuk, V. Balahur, T. Blahova, O. Martynenko, O. Plakhotnyuk redak. O. Zabolotna. Starogard Gdański : Pomorskiej Szkoły Wyższej, 2020. 256 p.
129. Leventhal M. Dance therapy as treatment of choice for the emotionally disturbed and learning disabled child. *Journal of Physical Education and Recreation*. 1980. P. 33–35.
130. Lilienfeld S. Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*. 2007, Mar. Vol. 2 (1). P. 53–70.
131. Loman S., Merman H. The KMP : A tool for dance : movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*. 1996. Vol. 18. №1. P. 29–52.
132. Macdonald et al. *Hippocampal “Time Cells” Bridge the Gap in Memory for Discontiguous Events*. Vol. 71. Issue 4, 25 August 2011, P. 737–749.
133. Panerai S., Ferrante L., Zingale M. Benefits of the Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) program as compared with a non-specific approach, *June 2002, Journal of Intellectual Disability Research* 46 (Pt. 4). P. 318–327. URL: DOI:10.1046/j.1365-2788.2002.00388.x.
134. Plahotnyuk O. Pedagogical methods of dance art therapy practice jazz dance. *Vzdelávanie a spoločnosť. Medzinárodný nekonferenčný zborník*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2016. S. 487–494.
135. Plahotnyuk O. Zajęcia choreograficzne w grupach dla dzieci z uszkodzeniami ruchowymi (na przykładzie treningu tańca jazzowego). *Lwowsko-Rzeszowskie Zeszyty Naukowe (Львівсько-Ряшівські наукові зошити) Kultura – Sztuka – Edukacja – Terapia w perspektywie interdyscyplinarnej*. Rzeszów–Львів : Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego. 2014. W. № 2. S. 181–188.
136. Plakhotnyuk O. Кінезіологія танцю та арт-терапія як педагогічна складова підготовки фахівця хореографічного мистецтва. *Kultura fizyczna, pedagogika, zdrowie i fizjoterapia : Monografia / redak. O. Zabolotna*. Starogard Gdański : Pomorskiej Szkoły Wyższej, 2020 P. 138–146. URL : <https://zenodo.org/record/4086115#.YX1R86Swm71>.
137. Plakhotnyuk O. Formation of dance movement kinesiology as a scientific and practical component of choreographic art : зб. наук. ст. «Молодий вчений». 2017. Вип. № 4 (44). Ч. I. С. 71–75. URL : <http://molodycheny.in.ua/files/journal/2017/4/18.pdf>.
138. Scott M. Myers, Chris Plauché J. American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities, Management of

children with autism spectrum disorders. URL: PMID:17967921, DOI:10.1542/peds.2007-2362.

139. Scrutton D., Damino D., Mayston D. Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy. London : Mac Keith Press, 2004. 204 p.

140. Silk G. Creative movement for people who are developmentally disabled. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*. 1989. Vol. 60. №9. P. 56–58.

141. Simpson R. Evidence-based practices and students with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2005. Vol. 20(3). P. 140–149.

142. Sudha M. Srinivasan, Linda S. Pescatello, Anjana N. Bhat, Current perspectives on physical activity and exercise recommendations for children and adolescents with autism spectrum disorders. *Phys Ther*, 2014. Jun; Vol. 94(6). P. 875–889. URL: doi: 10.2522/ptj.20130157. Epub 2014 Feb 13.

143. Tipple B. Dance therapy and education program. *Journal of Leisureability*. 1975. Vol. 2. №.4. P. 9–12.

144. Virues-Ortega J., Flávia M. Julio, Pastor-Barriuso R. The TEACCH program for children and adults with autism: a meta-analysis of intervention studies. *Clin Psychol Rev*, 2013 Dec; 33(8). P. 940–53.

145. Welch M., Northrup R., Welch-Horan T., Ludwig R., Austin C., Jacobson J. Outcomes of prolonged parent-child embrace therapy among 102 children with behavioral disorders. *Complementary therapies in clinical practice*. 2016. Vol. 12 (1). P. 3–12.

146. Williamson J., Marco Pahor Evidence Regarding the Benefits of Physical Exercise, January. *Archives of Internal Medicine*. 2010. Vol. 170(2). P. 124–125.

147. Yasnitsky A. (Ed.). Questioning Vygotsky's Legacy: Scientific Psychology or Heroic Cult. London and New York: URL: http://individual.utoronto.ca/yasnitsky/texts/Yasnitsky_2018_Questioning_bookPreview.pdf.

148. Zhao M., Chen S. The Education University of Hong Kong, The Effects of Structured Physical Activity Program on *Social Interaction and Communication for Children with Autism* January, *Bio Med Research International*. 2018. Vol. (107). P. 1–13. URL: DOI:10.1155/2018/1825046.

Інформація про авторів

Звенислава Анатоліївна Чорнак



магістрантка кафедри режисури та хореографії факультету культури і мистецтв Львівського національного університету імені Івана Франка, науковий керівник – кандидат мистецтвознавства, доцент кафедри режисури та хореографії Олександр Анатолійович Плахотнюк, а також магістрантка кафедри реабілітації та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури та спорту імені Івана Боберського, науковий керівник – кандидат наук у галузі фізичного виховання та спорту, доцент кафедри реабілітації та ерготерапії Любов Михайлівна Ціж.

У 2021 році здобула ступені магістра у Львівському національному університеті імені Івана Франка факультет режисури та хореографії за спеціальністю «Хореографія», та у 2022 році здобула рівень магістра у Львівському державному університеті фізичної культури та спорту імені Івана Боберського, кафедра реабілітації та ерготерапії за спеціальністю «Фізична терапія та ерготерапія».

З 2011 року керівник та педагог зразкової студії сучасного танцю «Be Free». З 2018 року почала працювати у сфері інклюзивної освіти в ЗЗСО І-ІІІ ст. № 1 м. Іршави. На даний момент працює фахівцем з фізичної терапії в Комуніальній реабілітаційній установі «Центрі комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю м. Іршави».

З 2017 року член Асоціації діячів естрадного мистецтва України, 2021 року отримала звання «Заслужений діяч естрадного мистецтва України».

У науковому доробку публікацій з хореографічного мистецтва, арт-терапії, учасниця ряду науково-практичних конференцій, присвячених питанням дослідження впливу хореографії на фізіологію та біомеханіку людини, арт-терапії та реабілітації засобами танцю.

Щодо спортивних досягнень: з 2020 року входить до складу збірної України Годзю-рю карате. Нагороджена у номінації «Найкращий спортсмен 2020 та 2021 року» за рейтингом Федерації Окінавського Годзю-Рю карате і Рюкю Кобудо Джундокай України з присвоєнням першого спортивного розряду.

До наукових пошуків належать рух, хореографія, спорт, дослідження хореографії крізь призму анатомії, фізіології та біомеханіки людини, застосування хореографічного мистецтва в системі реабілітаційних заходів для людей з вадами фізичного та психічного розвитку.



Олександр Анатолійович Плахотнюк

доцент, кандидат мистецтвознавства, доцент кафедри режисури та хореографії Львівського національного університету імені Івана Франка. Член: Міжнародної ради танцю при ЮНЕСКО (Dance Research CID UNESCO); Національної спілки хореографів України; Творчої спілки «Асоціація діячів естрадного мистецтва України»; наукової організації «Центр українсько-європейського наукового співробітництва»; Науково-методичної комісії Міністерства освіти і науки України сектора вищої освіти Науково-методичної ради Міністерства освіти і науки України НМК № 2 з культури і мистецтва, підкомісія 024 «Хореографія» з розробки Стандартів вищої освіти; гарант освітньо-наукової програми «Хореографія» третього рівня вищої освіти (доктор філософії) Львівського

національного університету імені Івана Франка.

Науковий куратор студентського наукового гуртка кафедри режисури та хореографії факультету культури і мистецтв Львівського національного університету імені Івана Франка.

Директор Міжнародного конкурсу сучасного хореографічного мистецтва «Супер-денс», Всеукраїнського фестивалю хореографічного мистецтва «Відлуння». Художній керівник та балетмейстер «Театру-танцю «Відлуння» Центру творчості дітей та юнацтва Галичини м. Львів.

Постановник-балетмейстер вистав та мюзиклів: «Алі-Баба і розбійники» (2005), «Кіт у чоботях» (2015) Львівського обласного театру ляльок; вистави-мюзиклу «Пригоди невгамовного зайчика або Червона шапочка» (2008) Львівського муніципального театру ім. Лесі Українки, співавтор одноактних балетів: «Хореографічна фантазія "Sinfonia estravaganza"» муз. О. Козаренка (2013), «Літературно хореографічна вистава "Свіча"» (2015) та ін.

Навчальні курси: «Історія хореографічного мистецтва», «Теорія та методика викладання сучасного танцю», «Методика викладання хореографії», «Методика роботи з хореографічним колективом», «Зарубіжний балет та новітні форми танцю», «Аналіз балетних вистав та хореографічних форм» «Проблематика сучасного хореографічного мистецтва», «Хореологія та балетознавство» та ін.

Організатор: Міжнародної науково-практичної конференції «Виховний та мистецький вплив сучасного хореографічного мистецтва: тенденції та перспективи розвитку», Всеукраїнських науково-практичних конференцій: молодих учених, магістрантів та студентів «Хореографічна культура – мистецькі виміри» та «Педагогічні, психологічні та медико-біологічні аспекти в хореографії та спорті» та ін.

Сфера наукових пошуків: сучасне хореографічне мистецтво; теорія та історія хореографічного мистецтва; формування «хорології» як мистецтвознавчої дисципліни; акт-терапія засобами хореографії проблематика хореографічної освіти і науки в Україні.

Ціж Любов Михайлівна



Кандидатка наук з фізичного виховання та спорту, доцентка, в.о. завідувача кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського. Майстер спорту України з бадмінтону. Членкиня громадської організації «Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів», Олімпійської ради відділення НОК України у Львівській області (2015–2018)..

Навчальні курси: «Технічні засоби у фізичній терапії та ерготерапії»; «Терапевтичні вправи»; «Фізична терапія у неонатології та педіатрії»; «Фізична терапія дітей з органічними ураженнями нервової системи».

Освіта: Львівський державний інститут фізичної культури; аспірантура Львівський державний інститут фізичної культури. Етапи роботи в Університеті: 2007–2009 роки – викладач кафедри фізичної реабілітації Львівського державного університету фізичної культури; 2009–2017 роки – старший викладач кафедри фізичної реабілітації ЛДУФК; 2017 – по теперішній час – доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії ЛДУФК ім. Івана Боберського.

Член робочої групи ЛДУФК ім. Івана Боберського програми ЄС Ерасмус+ «Іноваційна реабілітаційна освіта – впровадження нових магістерських програм в Україні (REHAB)». Стажування: Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка (кафедра здоров'я людини та фізичної реабілітації). Wyższa Szkoła Stosunków Międzynarodowych i Komunikacji Społecznej w Chełmie (м. Хелм, Польща). Erasmus + Physiotherapy Faculty of the University School of Physical Education in Wrocław. Литовський університет спорту, (м. Каунас, Литва).

Наукова діяльність: тема дисертації: Фізична реабілітація жінок другого зрілого віку з дископатією шийного відділу хребта. Автор та співавтор понад 35 наукових й навчально-методичних праць. Керівник наукової теми: «Організаційні та теоретико-методичні основи фізичної терапії у профілактиці та реабілітації обмежень функціонування військовослужбовців» (2022-2026), напрямку наукових досліджень – теоретико-методологічні та практичні основи фізичної реабілітації і спортивної медицини.

Сфера наукових пошуків: фізична терапія у педіатрії, фізична терапія при пошкодженні опорно-рухового апарату у спортсменів, фізична терапія при пошкодженні опорно-рухового апарату у осіб різного віку, оцінювання якості навчального процесу з фізичної терапії, ерготерапії.

Наукове видання

ЧОРНАК Звенислава Анатоліївна,
ПЛАХОТНЮК Олександр Анатолійович,
ЦІЖ Любов Михайлівна

**Хореографія в системі заходів фізичної та
психологічної реабілітації дітей з вадами розвитку**

Монографія

*Науковий редактор – Олександр Плахотнюк
Літературний редактор – Уляна Крук
Дизайн обкладинки – Дмитро Топорков
Відповідальний за випуск – Юрій Муха
На обкладинці малюнок – Юстини Грицаюк*

Підписано до друку 27.10.2022.

Формат 60x84/16. Друк цифровий. Папір офсетний.

Ум. друк. арк. – 13,41. Обл.–вид. арк. – 10,86.

Зам. № 2022/27-10.

Видавець: ТОВ «Растр-7»

79005, м. Львів, вул. Кн. Романа, 9/1.

Тел./факс: (032) 235 72 13. E-mail: rastr.sim@gmail.com

www.rastr-7.com.ua

Друк – ФОП Муха Ю. М.

79019, Львів, Сорочинська, 4

Свідоцтво фізичної особи-підприємства Во2 №965799.

тел. 096-457-40-93