

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ
УКРАЇНИ
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра

за спеціальністю: 227-Фізична терапія, ерготерапія

освітньою програмою: «Ерготерапія»

на тему: **«ЕРГОТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ДИТИНСТВА З
РАС»**

Здобувач вищої освіти
другого (магістерського) рівня
Фінк Вікторія Костянтинівна

Науковий керівник: Вітомська Марина
Валентинівна

Рецензент: Шевчук Т.І., ерготерапевт, КНП
«Київська міська дитяча клінічна лікарня №2»

Рекомендовано до захисту на засіданні
кафедри (протокол № 12 від 19.04.2023 р.)

Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.
д.фіз.вих., професор



Київ – 2023

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	4
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I	8
1.1 Історичні аспекти становлення РАС, концепції вивчення та наукового становлення	8
1.2 Класифікація розладів у спектрі аутизму.....	13
1.3. Клінічні прояви та біологічні теорії розвитку РАС.....	17
1.4 Епідеміологія та прогноз.....	21
МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ДИТИНСТВА З РАС.....	25
2.1 Методи та організація дослідження.....	25
2.1.1 Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури.....	25
2.1.2 Аналіз документальних даних (збір анамнезу).....	26
2.1.3 Опитувальник оцінки дитячої інвалідності (Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)	26
2.1.4 Сенсорний профіль	27
2.2 Організація дослідження.....	28
РОЗДІЛ III	30
МЕТОДИКА ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ДИТИНСТВА З РАС ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ	30

3.1. Первинна оцінка дитячої інвалідності на попередньому етапі дослідження дітей з розладами аутистичного спектру	30
3.1.2 Аналіз початкових результатів, отриманих за допомогою сенсорного профілю дітей першого періоду дитинства з РАС	32
3.2. Втручання ерготерапії у дітей з розладами аутистичного спектру	43
3.3 Ефективність застосування ерготерапевтичного втручання	52
ВИСНОВКИ	57
ДОДАТКИ	67

АНОТАЦІЯ

Фінк В.К. Ерготерапія дітей першого періоду дитинства з РАС. Магістерська робота зі спеціальності 227 -Фізична терапія, ерготерапія за освітньою програмою: «Ерготерапія». Національний університет фізичного виховання і спорту України.

У представленій магістерській роботі розкриваються теоретичні та практичні аспекти розвитку та корекції повсякденного життя дітей першого періоду дитинства з РАС за допомогою еротерапевтичних підходів. Представлені нами методики ерготерапевтичного втручання підкреслює важливість та ефективність реабілітації дітей з РАС для ефективного здобуття навичок самообслуговування та інтеграції у соціальне життя.

ANOTATION

Fink V.K. Occupational therapy of children in the first period of childhood with ASD. Master's thesis on specialty 227 -Physical therapy, occupational therapy according to the educational program: "Ergotherapy". National University of Physical Education and Sports of Ukraine.

The presented master's work reveals the theoretical and practical aspects of the development and correction of the daily life of children with ASD in the first period of childhood with the help of erotherapeutic approaches. The methods of occupational therapy intervention presented by us emphasize the importance and effectiveness of the rehabilitation of children with ASD for the effective acquisition of self-care skills and integration into social life.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВАР - Ширший фенотип аутизму

CDD - Дитячий дезінтегративний синдром

PECS - скорочення від Picture Exchange Communication System, тест для альтернативної комунікації.

PEP-R - скорочення від «Psycho-Educational Profile», тест використовується для діагностики аутизму.

ДЦП – дитячий церебральний параліч.

ІПР – індивідуальний план реабілітації.

МКФ10- Міжнародна класифікація функціональності.

МКХ- Міжнародна класифікація хвороб.

РАС- розлад аутичного спектру.

СДУГ - синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

ВСТУП

Ерготерапія - сучасний підхід до допомоги дітям з аутизмом і РАС. Цей підхід передбачає адаптацію навколишнього оточення для задоволення унікальних фізичних, емоційних, соціальних і психологічних потреб дитини. Основною метою є надання індивідуального та ефективного рішення навичок самообслуговування та контакту з зовнішнім світом.

Мета та завдання дослідження. Науково обґрунтувати, розробити й апробувати програму ерготерапії дітей першого періоду дитинства з розладом аутистичного спектру в умовах Київського міського центру реабілітації дітей з інвалідністю міста Києва.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну та спеціальну літературу щодо корекційно-реабілітаційної роботи з аутистичними дітьми.
2. Визначити стан фізичного розвитку та сенсорно-моторної сфери дітей з розладом аутистичного спектру і розробити програму фізичної терапії з елементами ерготерапії.
3. Проаналізувати динаміку досліджуваних показників та оцінити ефективність впливу програми ерготерапії на сенсорно-моторний розвиток та адаптаційні показники дітей з розладом аутистичного спектру.

Матеріал і методи дослідження. Аналіз науково-методичної літератури, аналіз документальних даних, педагогічний експеримент, ерготерапевтичне спостереження, структура та зміст програми ерготерапії дітей з розладом аутистичного спектру за матеріалами досліджень Кари Косиньски, сенсорний профіль Sensory Integration Praxis Test, Міжнародною класифікацією функціонування (МКФ), Процес корекції рухових та моторних навичок дітей першого вікового періоду з РАС.

Результати дослідження та їх обговорення. Одержані результати дослідження та їх обговорення полягають в можливості реалізації змісту

розробленої програми в практику освітніх організацій, інклюзивних центрів, реабілітаційних організацій, що спеціалізуються на проблемі розладу аутистичного спектру у дітей. Результати наукового дослідження можуть бути використані при підготовці та покращенні професійної компетентності фахівців до роботи з дітьми з розладом аутистичного спектру.

Висновки. Без своєчасної та професійної корекційно-реабілітаційної допомоги значна частина дітей з РАС є не пристосованими до життя в суспільстві. Аналіз сучасних досліджень з проблеми організації реабілітаційної допомоги дітям з РАС виявив, що, виходячи з визнаної в даний час проблематики дитячого аутизму і асинхронії розвитку психічних та моторних функцій при даному порушенні, система корекційно-реабілітаційного супроводу повинна бути комплексною і використовувати специфічні для даного порушення методи, засоби, форми і прийоми втручання.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку. Впровадження програми ерготерапії може сприяти організації та корекції поведінки дитини; розвитку здібності до комунікативної взаємодії; навчанню навичкам самообслуговування; зниженню негативних проявів аутизму; посиленню психічної активності дитини; здатності активно проводити вільний час; підготовці до навчання та можливості успішної інтеграції дитини у суспільне життя.

Ключові слова: ерготерапія, сенсорна інтеграція, РАС, аутичний розвиток.

Доповіді англійських, американських і європейських дослідників свідчать, що за останні 10 років кількість людей з аутизмом зросла майже в 300 разів. Цьому зростанню значною мірою сприяють методи діагностики та відстеження розладів аутистичного спектру (РАС). Деякі інші країни також повідомили про це збільшення. Важко визначити точну кількість людей, які живуть з аутизмом, оскільки немає точних даних про причини загального зростання. Багато хто вважає, що це може бути пов'язано зі значним стресом і поганою екологічною обстановкою. Це створює проблеми для реабілітації

аутизму та раннього втручання фахівця з ерготерапії. За останні 10 років було досягнуто значних прогресивних результатів. Більше спеціалістів створюється та додається до списку. [1]

Як правило, аутизм характеризується порушенням розвитку мозку. У деяких випадках аутизм викликаний недостатністю моторного або сенсорного розвитку, дефіцит спілкування, соціальної взаємодії та інтересів є звичайним явищем для аутизму. Деякі характерні риси аутизму, які зазвичай проявляються у віці немовляти чи малюка, - це дефіцит уваги, спілкування та інтересів. Визначити дитину з аутизмом можна як у спеціальному навчальному закладі, так і в звичайній школі. Аутизм проявляється різним ступенем інтелекту, тому виявити дітей з аутизмом можна в обох типах школи. Крім того, розлади аутистичного спектру демонструють подібні симптоми та стани, які вважаються більш м'якими версіями аутизму. Діти з особливими потребами з розладами спектру аутизму мають кілька спільних рис. Їм важко спілкуватися з іншими, розвивати соціальні стосунки та брати участь у стереотипній поведінці. Ці труднощі проявляються по-різному у кожній дитини з РАС. Деякі не вміють використовувати мову для встановлення зв'язків із зовнішнім світом, а деякі не настільки розвинені в пізнавальній діяльності. Симптоми вздовж спектру аутизму варіюються від легких до важких. На одному кінці спектру знаходяться діти, які не мають соціальних навичок і мають значні інтелектуальні порушення. На іншому полюсі знаходяться діти з високим інтелектом, мовою та широким колом інтересів. Однак їм може бути важко спілкуватися або налагоджувати стосунки з іншими. Ці діти часто асоціюються з синдромом Аспергера. [2]

Діти з аутизмом і пов'язаними з ним розладами потребують допомоги багатьох різних фахівців. Ці діти потребують ерготерапевтів, логопедів, психологів та інших спеціалістів, які займаються реабілітацією та корекцією. У багатьох випадках ці спеціалісти працюють у парі з батьками, психіатрами, неврологами та іншими медичними працівниками. Присутність цих спеціалістів є обов'язковою для дітей із розладом сенсорної інтеграції та

модуляції сенсорних стимулів, СДУГ (синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю), диспраксією, розладами травлення, такими як аутизм, епілепсія та ДЦП. Іншими словами, ерготерапія розуміється як серія втручань, спрямованих на відновлення або навчання пацієнтів навичкам самообслуговування, їх повернення або знайомство з суспільством, а також на їхню незалежність і самовпевненість. [3]

Основним принципом ерготерапії дітей першого періоду дитинства з РАС є вироблення звички жити повноцінним життям. Ерготерапевти, особливо ті, що працюють з дітьми, проходять спеціальні навчальні програми, що включають різні галузі знань, де вони вивчають загальну та вікову психологію, соціологію, анатомію, фізіологію, неврологію, кінезіологію. [4] По-перше, це ігрові дії, у яких маленькі пацієнти можуть бути успішними. Тому що, якщо дитині вдається здобути якусь нову навичку, ерготерапевт працює над тим, щоб створити умови для розвитку цієї навички. Якщо у дитини немає тієї чи іншої необхідної навички, ерготерапевт повинен створити умови для того, щоб дитина нею оволоділа. Ерготерапевти починають із професійного аналізу різноманітних видів діяльності, якими пацієнти можуть займатися щодня. Починаючи лікування дитини із загальним розладом здоров'я, зокрема в нашому випадку з аутизмом і РАС, ерготерапевт уважно стежить за порядком, у якому дитина виконує те чи інше завдання, а де у дитини виникають труднощі. На підставі цих спостережень фахівці аналізують, які саме рухи дитина повинна навчитися освоювати, тобто намагається зрозуміти, що конкретно викликає проблему, і ставить абсолютно конкретну мету - її подолати, адаптувати. Ерготерапевти допомагають не тільки дітям, а й батькам, і дуже важлива командна робота ерготерапевтів, батьків та інших спеціалістів. Ерготерапевти здебільшого працюють у спеціальних центрах, але іноді за графіком, узгодженим з батьками, вони працюють і вдома у пацієнтів. [5]

На початку роботи з конкретним пацієнтом ерготерапевт аналізує поведінкові особливості дитини, рівень розвитку дитини в різних сферах і,

якщо є підстави вважати, проводить тест на сенсорну інтеграцію (Sensory Integration Praxis Test), здатність дитини обробляти сенсорну інформацію. Ерготерапевти підбирають методи роботи з кожним конкретним пацієнтом на основі комплексного аналізу та поставлених цілей, обговорених з батьками. Але при роботі з особливими пацієнтами є деякі загальні прийоми, які необхідно враховувати в більшості випадків.

Для того, щоб змінити ситуацію в нашій країні, необхідно спочатку почати формувати активне середовище, починаючи з дорослих і дітей, поширювати інформацію про таке явище, як аутизм. Проводити акції, семінари, писати матеріали в доступній для дітей формі. Словом, створити дружнє суспільство для особливих дітей. Необхідно реформувати медичну систему та запроваджувати методи ранньої діагностики аутизму, адже такі приклади є у світі. Так, в Ізраїлі аутизм діагностують у віці 6 місяців. Доведено, що раннє втручання дає вражаючі результати. В Україні час діагностики має бути не раніше 2 років. Необхідно створити освітню систему для ерготерапевтів, фахівців з прикладного аналізу поведінки (АВА - Therapy). [6]

Держава повинна підтримувати соціальні програми зі створення спеціалізованих корекційних центрів та організацій для створення робочих місць для людей з аутизмом та РАС. Сприяти інклюзивній системі освіти. До 6 років мозок дитини починає активно засвоювати інформацію. І якщо ви спробуєте виховати людину з аутизмом до цього віку за допомогою зусиль психологів, ерготерапевтів, арт-терапевтів і логопедів, розлад не тільки перестане розвиватися, але навіть може регресувати. Завдяки інтенсивним заняттям 2% дітей згодом можуть вступити до звичайних шкіл, решта – хоча деякі з них лише частково адаптуються до суспільства, а деякі стануть повноправними членами суспільства.

РОЗДІЛ І

1.1 Історичні аспекти становлення РАС, концепції вивчення та наукового становлення

Можна виділити 4 основних етапи, які відображають становлення науки про аутизм. Перший дозоологічний період (з кінця 19-го до початка 20-го століття) характеризується посиленнями на шукачів самотності та ексцентричних дітей відповідно. Приклади опису симптомів аутизму з'являються в історичних джерелах задовго до терміну «аутизм» (І. Наслам, 1809; С. Вітмер, 1920; Дж. Десперт, 1938; С. Вгадлеу, 1942 та ін.). Першим відомим описом людини з аутизмом є історія про «Дикого Петра», який був знайдений у полі поблизу Гамельна, Німеччина, у 1724 році. Хлопець поведився як тварина, їв сирі овочі та птахів і падав на четвереньки, коли відчував загрозу. Незабаром унікальну дитину придбав король Англії Георг I, і Пітер жив у його палаці до своєї смерті в 1785 році. Він так і не навчився говорити, ніколи не посміхався, а головне він був задоволений мискою з їжею. Він любив музику, робив прості речі, але одного разу він губиться і знаходить дорогу додому.

Першою людиною з аутизмом, яка була клінічно досліджена, був Віктор, відомий як «дитина Аверона». У 1799 році хлопчика (11-12 років) бачать у лісі біля міста Аверон (Франція), де він збирає жолуді та коріння. Віктор (так звали дитину) потрапив до лікарні, і натураліст П.-Ж.Бонатер почав його ретельно оглядати. Виявилось, що хлопець безпричинно вередував і більшу частину часу хитався, як тварина в клітці зоопарку, не в змозі зрозуміти, що він бачить у дзеркалі. Але в той же час він любив дивитися на власне відображення в спокійній воді ставка. Довгими ночами він, зачарований, дивився на місяць, його не цікавили ні інші діти, ні їхні ігри, і не раз він запалював дерев'яний іграшковий вогонь. Хлопець видав щось схоже на бурчання. Його слух був приголомшливим: під час проведених експериментів хлопець не виявляв хвилювання чи страху, коли неподалік лунали гармати, але

дивився навколо, шукаючи дуже слабкі звуки, такі як кроки людей, що йшли позаду. Нюх також дуже особливий, деякі запахи він не відчуває, навіть якщо йому в ніс якусь речовину занести. Пізніше в Парижі П.-Ж.Бонатер опублікував розгорнуту доповідь «Історичні записки варварів з Верони», яка викликала великий інтерес у лікарів і натуралістів. Невдовзі хлопчика відвезли до Парижа, де йому поставив діагноз Ф. Пінель (1745-1826), відомий тогочасний психіатр. Він категорично заявив, що у Віктора глибока розумова відсталість, чим можна пояснити його відхилення у розвитку.[7]

У 1911 році швейцарський психіатр Ейген Блейлер (E. Bleuler) першим використав поняття психопатологічного феномену «аутизм» для позначення центрального симптому важкого порушення взаємодії з реальністю у дорослих, хворих на шизофренію. Він ввів це слово за допомогою грецького кореня «автос» (αὐτός) — сам, бажаючи підкреслити, що так звані аутисти летять у свій власний фантастичний світ і не можуть терпіти будь-яких перешкод із зовнішнього світу (Кун Р.; tr Кан К., «Концепції Ойгена Блейлера щодо психопатології». *Hist Psychiatry*. - 2004, 15 (3): 361 -6. Е. Блейлер вкладає в це поняття такий зміст: «Відстороненість від асоціацій певного досвіду, ігнорування реальних стосунків», захисне пристосування до психічних розладів, що дає людині можливість уникнути надто сильних для неї вимог середовища. . Другий так званий доканнерський період, з 1920-х по 1940-і роки, ознаменувався розвитком поняття «дитячий аутизм». Поняття «аутизм» увійшло в практику психіатрії, і воно стало широко використовуватися не тільки по відношенню до шизофренії, а й до інших патологічних станів. Концепція аутизму була доповнена багатьма клініцистами. Е. Кречмер (1924) відзначав зв'язок між аутизмом і шизофренією, за Е. Мінковським (1927), аутизм є наслідком порушення інстинкту «вітання». У 1930-х роках відомий російський психіатр В. А. Гіляровський охарактеризував аутизм як «розлад свідомості «Я» і всієї особистості, перешкоду нормальним настановам середовища», підкреслював, що аутисти замкнуті, а все інше для них відчужене.[8]

Початок системного підходу до вивчення проявів аутизму у дітей прийнято відносити до 1930-1940-х років, коли було клінічно описано аутизм у дітей із шизофренією, психозами та розладами на основі органічних уражень або хворобливих станів гіпоплазії центральної нервової системи (М.О. Гуревич, 1925, 1927, Г. Е. Сухарева 1925, О. Огуревич, 1927, Т. П. Сімсон 1929, М. І. Озерецький 1938; М. С. Певзнер, 1941 та ін.). У цих роботах ці дослідники також ставлять під сумнів нозологічну та етіологічну природу аутизму.

У 1938 році австрійський педіатр і психіатр Ганс Аспергер з Університетської лікарні Відня використовував термін Брейлера «аутичний психоз» у своїх лекціях з дитячої психології (Asperger H. (1938). «Das psychisch abnormale Kind» (німецькою), Wien Klin Wochenschr 51: 1314–7.) Ганс Аспергер (1906–1980) вивчав розлад спектру аутизму, пізніше названий синдромом Аспергера. До речі, він не був широко визнаний як незалежний діагноз до 1981 року. (Wolff S (2004). “The history of autism”. Eur Child Adolesc Psychiatry).

До специфічних проявів синдрому відносяться: «неприродний» молитовний розвиток мовлення, коли здатність говорити передує здатності ходити: ненормальна інтонація мови, стереотипна поведінка в іграх і захопленнях, нездатність встановити повноцінний візуальний контакт, говорячи про природу аутизму, Г. Аспергер вказав на біологічний дефіцит емоційного контакту (пренатального або постнатального) і зробив висновок про спадковість аутистичних психозів.

Третій, каннерівський період (Лео Каннер - 1943-1970), відзначений великими публікаціями про аутизм Л. Каннером (1943) і Г. Аспергером (1944), а потім численними публікаціями інших експертів.[9]

Незалежно від Г. Аспергера австро-американський психіатр Л. Каннер стверджував, що ще в 1938 р., вивчаючи дітей з емоційними розладами і розумовою відсталістю, він виділив серед них тих, хто повільно розрізняє людей, або тих, хто має емоційні розлади. Працюючи в лікарні Джонса Хопкінса (Балтімор, США) зі статусом біомедичної експериментальної

установи, Лео Каннер (1894-1981) став першим у світі лікарем, визнаним дитячим психіатром, першим академічним дитячим психіатром-засновником у психіатрії. У 1943 році він опублікував свою першу книгу, присвячену новій категорії дітей «Аутичні розлади емоційного контакту». У цій роботі Л. Каннер представляє результати свого дослідження 11 дітей, які вразили його своєю надзвичайно схожою поведінкою у книзі «Аутизм» («Дитячий аутизм»). У своїй першій роботі Л. Каннер описав аутизм як специфічний стан, при якому порушується спілкування, мова, моторика. На думку Л. Каннера, найбільш типовими ознаками клінічних проявів раннього дитячого аутизму є «екстремальний аутичний аутизм» і пов'язані з ним порушення соціального розвитку: нездатність адаптуватися до відповідної поведінки, затримка або відхилення в розвитку мови з луною і нерегулярністю - використання займенників, шум або монотонне повторення слів, відмінна механічна пам'ять, обмежений діапазон спонтанних рухів, стереотипність, бажання зберегти все як і раніше, страх змін і незавершеності, розвиток ритуалів, поява дивних занять, дуже заклопотаний, сильні хобі та фіксації, і хворобливі стосунки з оточуючими, перевага проводити час з неживими предметами. Л. Каннер вважає аутизм психічним розладом, що відображає неадекватне виховання, описуючи прояви аутизму як вроджений захист.

Особливості клінічної картини аутизму, визначені Л. Каннером, тепер вважаються типовими для спектру аутизму (Happé F., Ronald A., Plomin R., 2006). «Настав час відмовитися від єдиного пояснення аутизму». Nature Neuroscience). Дослідження Каннера також базувалися на сучасних критеріях цього порушення розвитку, яке згодом отримало другу назву - «синдром Каннера». Невідомо, чи знав Каннер про раннє використання цього терміна Аспергером (Lyons V., Fitzgerald M., 2007).[10]

Визначення Каннера та Аспергера багато в чому схожі:

1) Вибір слова «аутизм» відображає їх спільне переконання, що соціальні проблеми у дітей є найважливішим і типовим симптомом цього розладу;

- 2) При аутизмі соціальний дефіцит є або вродженим (згідно з Каннером), або конституційним (згідно з Аспергером) і присутнім протягом усього життя;
- 3) Труднощі з зоровим контактом, жорсткі слова та вчинки та опір змінам;
- 4) Зовнішня привабливість дітей з аутизмом;
- 5) Відрізняється від шизофренії трьома ознаками: позитивний потяг, відсутність галюцинацій, вроджене порушення розвитку;
- 6) Багато батьків таких дітей поводяться подібним чином – соціальне уникнення або непристосованість; сильне бажання, щоб усе розвивалося стабільно, і наявність незвичайних інтересів, які роблять усе інше неможливим.[11]

Ми підсумовуємо основні відмінності в описах аутизму двома психіатрами в таблиці (Таб.1).

Було також виявлено, що аутизм може проявлятися не лише у вигляді специфічних клінічно визначених синдромів, таких як ранній дитячий аутизм Каннера, синдром Аспергера та синдром Ретта, але також як результат хромосомної патології. Інші захворювання (хвороба Дауна, синдром крихкого Х, ФКУ, та ін.), метаболічні та органічні захворювання головного мозку, особливо туберозний склероз.

Нарешті, четверта фаза: період після Каннера (1980-1990-ті роки) характеризується відходом від власного погляду Л. Каннера на аутизм як на неспецифічний синдром невідомого походження. При цьому слід відзначити дві основні тенденції:

- 1) розглядати всі дитячі аутичні синдроми в рамках синдрому та концепції раннього дитячого аутизму Л. Каннера, яка характеризує більшість наукової літератури;

- 2) Диференціація різних клінічних форм аутизму у дітей (Н. Аспергер, Р. Меноласкіно, С. С. Мнухін, Д. Н. Ісаєв, В. Є. Каган) і позиціонування аутизму як одного з психопатологічних синдромів у дітей (А. ван Кревелен).[12]

1.2 Класифікація розладів у спектрі аутизму.

Категорія розладів у спектрі аутизму називається класифікацією «Загальні розлади психологічного розвитку», під шифром F.[13]

Міжнародна класифікаційна система МКХ-10 класифікує дитячий аутизм у більш широкому розділі під назвою «Розлади психологічного розвитку» (рубрики F80–F89) під заголовком «Загальні розлади розвитку» (F84). Система ділить загальні порушення розвитку на різні форми, включаючи наступні:

F84.0 Дитячий аутизм (аутичний розлад, інфантильний аутизм; інфантильний психоз; синдром Каннера)

F84.1 Атиповий аутизм (атиповий дитячий психоз; помірна розумова відсталість з аутичними рисами);

F84.2 Синдром Ретта;

F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитячого віку (дезінтегративний психоз; синдром Геллера; дитяча деменція; симбіотичний психоз);

F84.4 Гіперактивний розлад, відноситься до поєднання розладу гіперактивності та розумової відсталості.

F84.5 Синдром Аспергера (аутична психопатія; шизоїдний розлад дитячого віку);.

Американська психіатрична асоціація (DSM-IV) встановила діагностичні критерії первазивних розладів розвитку (PDD), які охоплюють п'ять синдромів спектру аутизму:

Діагноз аутистичний розлад 299,00.

Синдром Ретта ідентифікується медичним кодом 299.80.

Дитячий дезінтегративний синдром (CDD) класифікується як 299.10.

Синдром Аспергера класифікується під діагностичним кодом 299.80.

Атиповий первазивний розлад розвитку підпадає під класифікацію 299.80.

Аутизм, який відхиляється від типової презентації, називається PDD-NOS.

Дитячий аутизм зазвичай діагностується у віці до 3 років або між 3-5 роками для атипового аутизму. Діагноз визначається ключовими симптомами, такими як схильність до стереотипії і складність адаптації до змін навколишнього середовища.[14]

Хоча існує багато загальних симптомів, існують значні відмінності серед інших показників. Основні ознаки відрізняються як за типом, так і за ступенем тяжкості. Це створює різноманітні клініко-психологічні профілі, рівні соціальної адаптації та прогнози. На жаль, не існує системи класифікації, яка б точно фіксувала ці відмінності. Більшість класифікацій базується на етіології або патогенезі, а не на клінічних і психологічних факторах.

У 1985-1987 рр. О. С. Нікольська (професор психологічних наук) виділила чотири помітні групи дитячого аутизму за двома чітко вираженими критеріями класифікації: ступенем і характером порушення взаємодії із зовнішнім середовищем і типом виявленого аутизму.

У дітей I групи в центрі уваги – почуття відстороненості від навколишнього світу. Група II, відноситься до диспозиції прямої відмови щодо свого оточення. III група охоплює тенденцію до заміни зовнішнього середовища альтернативою. Нарешті, IV група відзначається переважним впливом середовища на гальмування дитини.[15]

Діти з першим типом аутизму демонструють найскладніші симптоми. Вони демонструють повну відстороненість від оточення, рідко розмовляють і вимовляють лише короткі повторювані фрази під час емоційних спалахів. Замість цього вони використовують нелінгвістичні звуки, такі як цвірінкання або бурмотіння. Здається, вони не помічають зовнішніх подразників, таких як біль, холод або голод, і не реагують страхом навіть у ситуаціях, що загрожують життю. Їхній погляд не сфокусований, і вони демонструють повторювані,

монотонні поведінки, такі як безцільне блукання кімнатою або лазіння по меблях. Спроби переорієнтувати свою увагу часто закінчуються аутоагресивними реакціями. Ці діти можуть годинами зациклюватися на одному промені світла всередині чи зовні.

Друга група дітей жорстко прив'язана до розкладу та розпорядку дня, і будь-яке порушення звичного способу життя може викликати сильні почуття паніки та страху. Вони процвітають у структурованому та передбачуваному середовищі, і будь-яке відхилення від нього може спричинити значні страждання.

Щоб забезпечити оптимальне харчування, рекомендується дотримуватися визначеної доріжки для прогулянок і одягати взуття зі шнурками певних відтінків. Діти можуть мовчати й сигналізувати про свої бажання, вказуючи на цікаві об'єкти пальцями, тут найчастіше притаманна ехолалійність.[16]

Діти почуваються незграбними, відчувають труднощі з контролем своїх кінцівок, але іноді вони можуть демонструвати надзвичайні здібності до певних завдань. Їхній мисленнєвий процес є конкретним, а присутність глибинних наслідків викликає занепокоєння.

Третя група, також відома як «книжкові» діти, виявляє чітку стурбованість певними інтересами. Вони можуть залишатися зосередженими на одній темі роками або годинами робити ескізи своїх улюблених тварин. Їх мова часто швидка, і вони мають тенденцію декламувати цілі уривки з улюблених літературних творів; однак їх інтонація не завжди може відповідати тексту. Спілкуючись з іншими, вони можуть не уважно слухати або вести діалог. Навпаки, вони можуть говорити поспішно та переставляти свої слова в розмові, щоб краще передати їхній сенс.

Під час розмов діти цієї групи прагнуть дивитися зоровим контактом на своїх співрозмовників, але вони звертаються до людей загалом і нехтують інтересами іншої сторони. Вони володіють винятковими знаннями та словниковим запасом на певні теми, але часто виглядають неорганізованими у

повсякденному житті. Їм не вистачає елементарних навичок самообслуговування, і вони не схильні до змін, лише вітаючи нові ідеї під їхнім власним контролем. Вони схильні зациклюватися на неприємних ситуаціях, таких як пожежі, бандити, смітники. На відміну від дітей другої групи, у них прагнення зберегти стереотип власної поведінки сильніше, ніж схильність до стабільності середовища.[17]

Четверта група аутизму відрізняється від інших тим, що діти можуть ініціювати зоровий контакт зі своїм співрозмовником. Однак якщо на шляху виникає перешкода, взаємодія раптово припиняється. Коли їм потрібна допомога чи емоційна підтримка, ці діти, як відомо, покладаються на своїх близьких.

Надмірна довіра дитини до дорослих виявляється в її негласних запитах: «Що ти вважаєш правильним?» або "Яку відповідь ви очікуєте?" Підживлюючись стереотипами, які їх захищають, «точність» панує над усім. Нечесність не допускається. Комунікація та взаємодія створюють перешкоди з приглушеною та нечіткою мовою. Хоча дитина здатна керувати діалогом, дитина важко переказує текст. Прості інструкції можуть здатися їм загубленими, але вони швидко реагують на незнайомі ситуації або сприйняті образи. Вразливість і беззахисність є головною проблемою для цих дітей.[18]

Аутизм – це стан, який має різноманітні індивідуальні прояви відповідно до існуючої класифікації. Щоб класифікувати його, деякі експерти використовують шкалу IQ або рівень соціального розвитку, розділяючи його на низький, середній і високофункціональний аутизм. Однак навколо цієї типізації ведуться суперечки, оскільки стандартизації ще немає. Аутизм поділяють на два типи: синдромальний і несиндромальний. Синдромальний аутизм пов'язаний із серйозною розумовою відсталістю або вродженим синдромом із такими фізичними симптомами, як туберозний склероз, як описано Коеном Д., Пічардом Н. та Торджманом С. у 2005 році.

Дослідження показують, що діагноз аутизму не є результатом зупинки розвитку. Швидше це відбувається через втрату дитиною мовних і соціальних

навичок, як правило, між 15-30 місяцями. Хоча в науковому співтоваристві немає консенсусу щодо цієї ознаки, регресивний аутизм може бути окремим підтипом розладу (Volkmar F., Chawarska K., Klin A., 2005; Landa R., 2007 та ін.). Відсутність здатності диференціювати біологічно засновані субпопуляції ускладнює вивчення факторів розладу (Altevogt BM, Hanson SL, Leshner AI, 2008). Експерти запропонували різні методи класифікації аутизму на основі спостережуваної поведінки та генетичних факторів. У деяких випадках, коли тестування підтверджує мутацію гена CNTNAP2 (ген під назвою CNTNAP2 відповідає за кодування трансмембранного «contactin-associated-», охоплює 1,5 % 7-ї хромосоми людини і є одним з найбільших в людському геномі, цей унікальний білок пов'язують із розладами аутистичного спектру, а також з іншими захворюваннями), може бути застосована класифікація «Аутизм типу 1» (Stephan DA, 2008).[19]

1.3. Клінічні прояви та біологічні теорії розвитку РАС.

Аутизм - це складне порушення розвитку, яке по-різному проявляється з раннього віку і має постійний перебіг. Хоча симптоми часто зберігаються в дорослому віці, зазвичай вони проявляються в більш легкій формі (Rapin I, Tuchman RF, 2008). Діагноз вимагає наявності характерної тріади, включаючи порушення соціальної взаємодії, труднощі спілкування, обмежені інтереси та повторювану поведінку. Важливо відзначити, що окремі симптоми цієї тріади можуть виникати і в осіб з нормальним розвитком, наприклад, у людей з шизоїдним типом особистості, які демонструють закрите внутрішнє життя, емоційну відстороненість і схильність до відсторонення від оточення. У міру розвитку досліджень аутизму наше розуміння цього стану, його природи та меж продовжує розвиватися.[20]

Досвід пацієнтів Л. Канер з аутизмом показав, що не всі вони уникали соціальної взаємодії; деякі були пасивними, а інші виявляли соціальну активність, хоча й у незвичайний спосіб. Клінічна картина аутизму була

різною в окремих людей і в одній людині залежно від віку та інтелектуальних здібностей. Це призвело до розробки концепції «аутистичного спектру», яка визнає, що той самий розлад може проявлятися по-різному. В. Е. Каган, поважний дослідник розладів аутистичного спектру, визначає відсутність спілкування як визначальну характеристику аутизму, що є наслідком первинних структурних розладів або нерівномірного розвитку спілкування, а також вторинної втрати регулюючого впливу спілкування на поведінку та мислення.

Комунікація вимагає таких передумов:

- здатність до точного розуміння та дешифрування інформації;
- володіти набором ефективних способів спілкування, включаючи усне слово, візуальні сигнали, такі як жести, міміка та пантоміма, пара- та екстралінгвістичні особливості, такі як інтонація та паузи, а також системи просторової та часової організації соціальної взаємодії, як а також використання зорового контакту як засобу спілкування.

Спілкування – це психологічний феномен, який ґрунтується на взаємодії та взаємних стосунках між суб'єктами, які, у свою чергу, призводять до спільного розуміння та регулювання мислення та поведінки.[21]

Вміння вміло розробляти стратегію та адаптувати поведінку має вирішальне значення, як і здатність вибирати відповідний підхід і спосіб спілкування.

Діти-аутисти часто виявляють характерну непослідовність у своєму мовленні. Вони схильні говорити лише тоді, коли вважають, що це виправдано, а в інший час можуть раптово й несподівано вимовляти фрази, яких вони ніколи не вживали ні раніше, ні після.

Вважається, що основними причинами синдрому Каннера є поєднання генетичних факторів і раннього пошкодження мозку з екзогенних або органічних джерел. Походження аутизму також є складним і не повністю зрозумілим на молекулярному, клітинному чи системному рівнях. Тривають дебати щодо того, чи охоплює аутизм кластер розладів із різними

молекулярними шляхами чи більш широку групу станів із різноманітними механізмами, включаючи інтелектуальну недостатність. Geschwind DH (2008) висвітлює різні точки зору на цю тему.

Ширший фенотип аутизму (ВАР) охоплює осіб, які демонструють поведінку, характерну для розладів спектру аутизму, наприклад уникання зорового контакту. Дослідження Півена Дж., Палмера П., Якобі Д., Чайлдресса Д. і Арндта С. пролили світло на цей аспект аутизму.[22]

Генез аутизму широко пояснюють генетичними розладами, хоча точний механізм залишається достеменно невивченим. Експерти припускають, що на появу розладів спектру аутизму може впливати або взаємодія кількох генів, або рідкісні мутації, які мають потужний вплив (Абрахамс Б.С., Гешвінд Д.Х., 2008).

Генетична основа аутизму підтверджується дослідженнями родини, близнюків та молекулярно-біологічними дослідженнями (Rutter, 1985). Дослідження показали значний сімейний тягар дитячого аутизму, причому 2-3% братів і сестер дітей-аутистів також страждають - частота в 50 разів вища, ніж у загальній популяції. Рівень узгодженості симптомів дитячого аутизму у монозиготних близнюків коливається від 36% до 89% у різних дослідженнях, тоді як для дизиготних близнюків ці показники дорівнюють нулю.[23]

Дослідження показують, що ризик розвитку раннього дитячого аутизму у другої дитини після діагностики першої становить приблизно 8,7%. Дослідження близнюків показують, що ідентичні близнюки мають 86% ймовірність конкордантності щодо когнітивних розладів, включаючи аутизм, у той час як у однайцевих близнюків імовірність 9%. Хоча ці дослідження підтверджують значну роль генетики в розвитку аутизму, спосіб успадкування залишається неясним, і деякі експерти припускають схильність, а не пряму спадковість. Перинатальні фактори, такі як кровотечі під час вагітності, прийом матір'ю ліків, вплив токсинів або інфекцій, також можуть відігравати патогенну роль. Існує припущення, що на пренатальному етапі генетичні або зовнішні фактори можуть призвести до різних порушень дозрівання нейронів.

Це може включати передчасне руйнування, посилене руйнування та порушення міграції. Аутизм пов'язаний із пре- та перинатальними ризиками, включаючи похилий вік матері чи батька, низьку вагу при народженні, передчасні пологи та гіпоксію під час пологів (Kolevzon A., Gross R., Reichenberg A., 2007).[24]

Імовірність аутизму підвищується, якщо жінка заразилася краснухою під час вагітності або піддається впливу небезпечних речовин до або після вагітності. Емоційна слабкість, сильна огида до перешкод і схильність до тривоги також можуть впливати на це рівняння. У деяких випадках відсутність емоційного зв'язку із зовнішнім світом (через депресію або серйозну травму) може змусити дитину замкнутися в собі. Ця самоізоляція може дати дитині відчуття безпеки та захисту.

Від народження розвивається особистісна структура, яка надає перевагу повному захисту та різною мірою створює аутичний стан. Цей стан може перешкоджати подальшому психологічному, емоційному та інтелектуальному розвитку. Дослідники намагалися пояснити церебральні механізми, що стоять за дитячим аутизмом, і існує безліч теорій. Ці теорії свідчать про те, що відхилення в будові головного мозку відіграють значну роль, базуючись як на теоретичних уявленнях про незрілість утворень головного мозку, так і на останніх нейроанатомічних і комп'ютерно-томографічних спостереженнях. У той час як мозок уражених дітей може виглядати нічим не примітним на макроскопічному рівні, мікроскопічні спостереження часто виявляють зменшення розміру нейронів у певних областях, включаючи гіпокамп, енторинальну кору, мигдалеподібне тіло, соскоподібні тіла та мозочок. Використовуючи рентгенівську комп'ютерну технологію та магнітно-резонансну томографію, дослідники відзначили зменшення розміру лобової та скроневої областей мозку, особливо лівої сторони, що супроводжувалося збільшенням внутрішнього простору цереброспінальної рідини. Сучасні наукові перспективи свідчать про те, що проблема аутизму у дітей тісно

переплетена із загальним функціональним розвитком їхньої нервової системи під час раннього росту та розвитку.[25]

Основним симптомом аутизму є помітне зниження інстинктивних реакцій, які включають самозахист, пошук їжі та орієнтацію. Відсутність цих реакцій робить дітей безпорадними, беззахисними, а їх поведінка аморфною і неорганізованою. Фахівці, такі як С. С. Мнухін, повідомляють, що ця недостатність, часто вроджена, походить від безумовно-рефлекторного фонду, який негативно впливає на формування коркової діяльності. Він також впливає на найважливіші стовбурові апарати, включаючи ретикулярну формацію.

Люди з аутизмом обробляють візуальні стимули пасивно, при цьому кора головного мозку записує інформацію без можливості цілісного відображення. Крім того, дослідження показують, що багато дітей з аутизмом демонструють гіпноїдні фази, включаючи парадоксальні та ультрапарадоксальні стани, поряд з домінуванням процесу гальмування в корі. Докази також свідчать про те, що дисфункція мозочка присутня у багатьох випадках розладів спектру аутизму, потенційно сприяючи незграбності та поганій координації, які часто спостерігаються у хворих дітей. Несформованість моторики, нестійка хода та інші подібні симптоми можуть свідчити про порушення функції мозочка.[26]

1.4 Епідеміологія та прогноз

У середньому аутизмом страждає близько 4-5 новонароджених на 10 000 народжених, що становить 0,05% населення. Однак ця статистика враховує лише «класичний» аутизм, відомий як синдром Каннера, і не включає інші розлади поведінки з подібними характеристиками. Останніми роками кількість повідомлень про нові випадки аутизму значно зросла, в основному завдяки змінам у діагностичних процедурах, покращенню обізнаності про розлад і кращому доступу до відповідних послуг. Також є деякі докази того,

що фактори навколишнього середовища сприяють цьому збільшенню. Загальновизнано, що аутизм частіше зустрічається у хлопчиків, у 2,5-4 рази частіше, ніж у дівчаток. Крім того, аутизм може мати сильніший вплив на дівчат, ніж на хлопчиків.[27]

Визначити точну поширеність синдрому Аспергера складно, оскільки його важко діагностувати у дітей віком до трьох років. Однак найчастіший показник, який зустрічається в літературі, становить 1 пацієнт на 10 000 дітей (0,01%). Цікаво, що частота синдрому значно вища у хлопчиків, ніж у дівчаток, із співвідношенням 8-9:1. Примітно, що раса, етнічна приналежність і соціально-економічні умови, здається, не впливають на розвиток аутизму, що вказує на відносно рівномірний розподіл цього розладу по всьому світу. Вважається, що відмінності в діагностичних критеріях, а не фактична поширеність пояснюють відмінності, які спостерігаються в різних країнах.

Прогноз. Прогноз розвитку аутизму у дітей дуже різний. За словами українського дитячого психіатра та психотерапевта Олега Романчука, спектр розладу у дітей так само невизначений, як і у дорослих. В. Е. Каган зауважив, що ставлення дітей-аутистів до навколишнього середовища формується поетапно - від об'єктів до відмежування себе від об'єктів, потім до ставлення до інших як до суб'єкта і, нарешті, до ідентифікації себе як особистості. Прогрес через ці етапи може бути повільним і несинхронним, і деякі діти можуть «застрягти» на певному етапі. На жаль, лише незначній кількості дітей-аутистів вдається досягти рівня ідентифікації особистості. Незважаючи на те, що існують різні коригувальні програми та методи лікування, загальновизнано, що аутизм неможливо вилікувати. Незважаючи на те, що медикаментозне лікування може полегшити тривогу та покращити поведінку, його ефективність різна від людини до людини, без надійного лікування для всіх. У деяких випадках сприятливі умови можуть сприяти поступовому розвитку глибоких і міцних сімейних зв'язків. Особливо це помітно у дітей дошкільного віку, чия соціальна адаптація може покращитися настільки, що вони можуть більше не мати серйозних вад. [28] Хоча адресоване мовлення та

контакт можуть краще сприйматися, у стосунках все одно може бути брак взаємності. Деякі люди можуть відчувати соціальний розвиток у підлітковому або дорослому віці, а деякі демонструють значний прогрес і функціонують краще, ніж у попередні роки. Однак таких випадків небагато.

Значна частина людей з аутизмом переживає підлітковий вік без значних соціальних досягнень або значних невдач. Однак приблизно у 40% людей цей період може спровокувати загострення симптомів, що призведе до соціального регресу до дошкільного рівня, соціальної замкнутості та схильності відкидати інших. Ця фаза також може свідчити про легку ескалацію гіперактивності, самоагресивних тенденцій і повторюваних рухів.

Коли люди дорослішають, у них виробляються чіткі моделі поведінки та соціальної взаємодії. Деякі можуть проявляти тенденцію до ізоляції та уникнення інших. Навпаки, інші можуть жадати уваги та шукати її невідповідними засобами, демонструючи нав'язливу та обтяжливу поведінку. Є також ті, хто пасивно сприймає соціальну взаємодію, але може регресувати до симптомів аутизму, якщо їхній розпорядок життя зміниться або вимагатиме посилення соціальної активності.[29]

Синдром Каннера часто призводить до зниження рівня соціалізації та прикордонної інтелектуальної недостатності. У той час як синдром Аспергера пропонує найбільш позитивний прогноз для осіб зі спектром аутизму, синдром Ретта унікальний тим, що він характеризується поступовим погіршенням симптомів, включаючи регресію розвитку. Однак відомі випадки, коли жінки з синдромом Ретта доживають до глибокої старості. Незважаючи на зниження моторики та м'язової сили з віком, люди похилого віку з синдромом Ретта відчують позитивні зміни, такі як послаблення гіперактивності та підвищення їхньої здатності спілкуватися та взаємодіяти з іншими.

Прогноз для людей з аутизмом значною мірою залежить від різних факторів, таких як тяжкість симптомів і наявність органічних уражень. Іншим фактором, який відіграє роль, є швидкість, з якою розвивається їхній інтелект і мова. Крім того, важливий момент - початковий період лікування. Без

належного медичного втручання до 70% дітей-аутистів стають інвалідами та потребують постійної допомоги. Однак раннє лікування та корекція може значно покращити позитивний прогрес.[30]

РОЗДІЛ II

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ДИТИНСТВА З РАС

2.1 Методи та організація дослідження.

Для досягнення поставленої мети даного дослідження ми використовували наступні методи досліджень:

- Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури;
- Аналіз документальних даних (збір анамнезу);
- опитувальник оцінки дитячої інвалідності (Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI));
- Сенсорний профіль;
- Методи порівняльного аналізу.

2.1.1 Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури

Під час виконання магістерського проекту було проведено широкий аналіз сучасних вітчизняних та зарубіжних джерел, а також науково-методичної літератури з питань ерготерапії дітей з РАС. Цей комплексний огляд дозволив оцінити сучасний стан наукових знань, що допомогло встановити важливість теми дослідження. Визначено завдання та методи дослідження, розроблено та обґрунтовано ефективний алгоритм застосування ерготерапії.

2.1.2 Аналіз документальних даних (збір анамнезу)

Для проходження курсу реабілітації в Київському міському центрі реабілітації дітей з інвалідністю, усі діти отримували заключення від лікаря-психіатра, невролога, ортопеда, про встановлений діагноз, надалі усі документи заносилися в особисту історію хвороби, що включала категоріальний профіль, ІІР, анкета-опитувальник PEDI. Перш ніж почати курс реабілітації, кожен з пацієнтів проходив лікарську комісію на базі центру за участю лікаря ФРМ, корекційного педагога та психолога. Клінічне обстеження включало в себе збір анамнезу, огляд та складання ІІР (індивідуального плану реабілітації).

2.1.3 Опитувальник оцінки дитячої інвалідності (Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI))

Опитувальник оцінки дитячої інвалідності (Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)) доказовий і надійний, його перекладено 25 мовами, і кілька досліджень підтвердили його ефективність.

Група авторів Бостонського університету вперше створила опитувальник PEDI у 1992 році. Пізніше, у жовтні 2012 року, була розроблена більш вдосконалена електронна версія, опитувальник PEDI-CAT, щоб оптимізувати збір даних та уніфікувати базу даних. Ця анкета спеціально розроблена для оцінки повсякденної діяльності дітей віком від 6 місяців до 7,5 років з точки зору самообслуговування, мобільності та соціальних функцій, незалежно від того, чи є у них типовий розвиток чи вади. Це також корисно для оцінки функціональних можливостей дітей з обмеженими можливостями, які старші 7 років, але чії функціональні здібності нижчі, ніж у 7-річних дітей, що зазвичай розвиваються нормотипово.

Щоб заповнити анкету, батьки або опікуни, які довгостроково піклуються, опитуються, щоб оцінити здатність дитини функціонувати самостійно у повсякденному житті. Батьки також можуть самостійно заповнити форму та проаналізувати результати своєї дитини. Анкета займає

приблизно 20-30 хвилин. Кожне запитання оцінює типову повсякденну дію, яку дитина може виконати без сторонньої допомоги, з двома варіантами відповідей: «так» і «ні». «Так» означає, що дитина може виконати дію в більшості випадків або вже оволоділа навичкою. І навпаки, «ні» означає, що дитина не може виконати дію в більшості випадків. Щоб підрахувати остаточний бал, кожна відповідь «ні» оцінюється як 0 балів, а кожна відповідь «так» оцінюється як 1 бал. У цьому контексті «ні» означає, що дитина або нездатна, або має обмежені можливості для виконання завдання, тоді як «так» означає, що дитина зазвичай може виконати завдання.

Кожна сфера (самообслуговування, мобільність, соціальне функціонування) оцінюється в Анкеті окремо, а остаточний бал визначається шляхом додавання балів за всі запитання в цій сфері.

Використовуючи нормативні таблиці та враховуючи вік дитини, можна перетворити остаточний бал у стандартизований бал, який відповідає встановленим нормам.

Щоб визначити функціональні можливості дитини порівняно з її однолітками, ви повинні знайти клітинку в таблиці, де підсумковий бал дитини перетинається зі стовпцем її віку. Ця величина служить нормативною стандартизованою оцінкою, яка вказує на відносне положення дитини в плані розвитку. Оцінка від 30 до 70 означає, що дитина розвивається відповідно до свого віку.

Завдяки інтеграції Анкети в щоденну практику оцінка інвалідності дитини буде покращена з точки зору якості та неупередженості.

2.1.4 Сенсорний профіль

Метод діагностики сенсорної дисфункції в дітей віком дошкільного віку. Сенсорний профіль укорочена версія (SSP - Short Sensory Profile) - батьківський стандартизований тест для вимірювання адаптивної відповіді сенсорної нервової системи дитини на сенсорні події (тригер) в повсякденному

житті за 5-ступінчастою шкалою Likert . Він призначений для дітей 3-10 років, його заповнення займає 15 хвилин, тест містить 38 пунктів/запитань. Результати мають кількісне вираз, що співвідносять з таблицею - типове виконання, можливі відмінності, виразні відмінності. Відомий спосіб зручний для скринінгу сенсорного захисту та сенсорного пошуку, але не оцінює інші типи сенсорної модуляції, моторні сенсорно-пов'язані дефіциту, а також пов'язані поведінкові та емоційні патерни, тому не дозволяє діагностувати дисфункцію сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку у повній мірі.

2.2 Організація дослідження

Дослідження проходило на базі Київського міського центру реабілітації дітей з інвалідністю у період лютий-березень 2023 року. У нашому дослідженні приймало участь 6 дітей (2 дівчинки та 4 хлопчика) віком від 3 до 6 років. Включення пацієнтів у дослідження відбувалося з погодженням лікаря-ФРМ, а також поінформованою згодою батьків кожного пацієнту. Індивідуальний план реабілітації включав в себе заняття з ерготерапевтом, логопедом, корекційним педагогом, психологом, педагогом-Монтессорі. Тривалість курсу реабілітації складала 4 тижні, заняття проводилися тричі на тиждень. Після проходження курсу кожна родина отримувала практичні методичні рекомендації від кожного спеціаліста щодо проведення самостійних занять вдома з урахуванням індивідуальних особливостей дитини.

Індивідуальні заняття з ерготерапії проводилося тричі на тиждень протягом чотирьох тижнів, тривалістю 25 хвилин. Заняття проходили за участю батьків (частіше з мамами), проводилися бесіди з батьками та надавалися індивідуальні рекомендації щодо адаптації домашнього простору для кожного з пацієнтів

Дослідження проведено в 4 етапи протягом 2022-2023 рр.

На початковому етапі, який охопив вересень-грудень 2022 року, було проведено комплексну перевірку літературних джерел. Це дозволило оцінити проблему, визначити мету та завдання дослідження. Крім того, це дозволило визначити ключові принципи для розробки плану реабілітації для осіб з РАС.

На другому етапі (грудень 2022 – лютий 2023) дослідження встановило терміни виконання та встановила чисельність команди.

Під час третього етапу (лютий-березень 2023 року) було проведено фундаментальне дослідження для оцінки функціональних можливостей пацієнтів з діагнозом РАС (розлади аутистичного спектру). Це призвело до розробки алгоритму ерготерапії, адаптованого до потреб таких пацієнтів. Зібрані дані були піддані первинному аналізу.

Під час четвертого етапу, який відбувся у квітні 2023 року, ми проаналізували свої висновки. Вони оцінили ефективність алгоритму реалізації заходів та за допомогою статистичного аналізу порівняли початкові та кінцеві показники.

РОЗДІЛ ІІІ

МЕТОДИКА ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ДИТИНСТВА З РАС ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

3.1. Первинна оцінка дитячої інвалідності на попередньому етапі дослідження дітей з розладами аутистичного спектру

На першому занятті з курсу реабілітації з кожним пацієнтом нашої групи дослідження було проведено наступні дії:

1. Знайомство, що включало себе інтерв'ю з мамою, збір анамнезу дитини та заповнення ерготерапевтичного профілю;
2. Клінічне спостереження: мама з дитиною заходили з дитиною до кабінету сенсорної інтеграції, в якому доступні різного виду гойдалки, канат, гімнастичні стінки, сенсорна гірка, різного виду балансири та сенсорні доріжки. Поки ми збирали анамнез, дитина, знаходячись в даному кабінеті була вільна у своєму виборі. Таким чином, нам вдалося заповнити сенсорний профіль дитини, спираючись на те, що саме він/вона вибирали робити, на скільки часу затримувала увага під час гойдання, тощо, відбувалась адаптація дитині до сенсорного динамічного простору.
3. Заповнення опитувальника оцінки дитячої інвалідності (Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), що дозволило нам визначити, які труднощі має дитина в сферах самообслуговування, мобільності та соціальній функціональності.
4. Після проведеної оцінки були поставлені короткострокові та довгострокові цілі у SMART форматі;
5. Вибір методів та засобів втручання, індивідуально підібрані до потреб окремої дитини.

Проаналізувавши початкові результати за опитувальником PEDI було виявлено, що всі діти з нашої групи мають досить низькі бали у сфері

самообслуговування, що можна побачити в таблиці №1. Найнижчі бали в цьому домені усі 6 пацієнтів отримали категоріях, що відповідають за одягання верхньої та нижньої частин тіла. Також у дітей №1, №3 та №5 було виявлено труднощі в підпунктах, що оцінюють навички дитини у процесі прийому їжі. Спираючись на отримані результати нами були створені індивідуальні плани ерготерапевтичних втручань, спрямованих на покращення навичок одягання/роздягання верхньої та нижньої частин тіла і для трьох з 6 дітей були запропоновані засоби адаптації прийому їжі. *Таблиця 1 – показники розділу самообслуговування за PEDI первинного втручання.*

Пацієнт	Самообслуговування	
	Первинні результати	Максимальна оцінка
Дитина №1	13	73
Дитина №2	18	73
Дитина №3	15	73
Дитина №4	12	73
Дитина №5	15	73
Дитина №6	23	73

Найвищі бали в даному опитувальнику усі 6 дітей отримали в домені «Мобільність» таблиця №якийсь, що розкриває поняття «рухові уміння та навички», це вказує на те, що більшість дітей з РАС не мають значних труднощів у сфері рухових навичок.

Таблиця 2 - показники розділу мобільності за PEDI первинного втручання.

Пацієнт	Мобільність	
	Первинні результати	Максимальна оцінка
Дитина №1	40	59
Дитина №2	51	59

Дитина №3	50	59
Дитина №4	38	59
Дитина №5	53	59
Дитина №6	59	59

За сферою соціальної функціональності, уся досліджена група дітей показала складнощі інтеграційних можливостей соціальної функціональності, на данному етапі важлива робота мультидисциплінарної команди, це терапевт мови, корекційній педгог, Монтессорі-педагог.

Таблиця 3 показники розділу соціальної функціональності за PEDI первинного втручання.

Пацієнт	Соціальна функціональність	
	Первинні результати	Максимальна оцінка
Дитина №1	4	65
Дитина №2	13	65
Дитина №3	10	65
Дитина №4	5	65
Дитина №5	15	65
Дитина №6	20	65

3.1.2 Аналіз початкових результатів, отриманих за допомогою сенсорного профілю дітей першого періоду дитинства з РАС

Впродовж аналізу наукової та спеціальної літератури та за результатами нашого спостереження, у кожної дитини, що має діагноз РАС, порушення в сенсорній сфері проявляються по-різному, та кожен має власні індивідуальні особливості прояву даного порушення. Тому, буде доцільно розглянути

результати, отриманих за допомогою заповнення сенсорного профілю кожної дитини окремо.

Дитина №1

Клінічна картина: хлопчик, 3 роки та 1 місяць, встановлений діагноз дитячим психіатром: F 84.0 Дитячий аутизм (аутичний розлад, інфантильний аутизм; інфантильний психоз; синдром Каннера). Під час інтерв'ю з мамою дитини було виявлено наступні проблеми: дитина погано засинає та часто прокидається; під час емоційного перезбудження б'ється лобною частиною голови об маму чи різні предмети, що є навколо; дитина любить прогулянки на вулиці, любить залазити на гірку, але відпускає руки, коли хоче злазити, тому ризик падіння дуже великий; вдома дитина проводить час частіше просто бігаючи по квартирі, або сидить і крутить колеса машинок, ролева гра відсутня, любить гучну музику та музикальні іграшки; є труднощі під час прийому їжі: дитина не тримає ложку, перевертає тарілку, їсть за допомогою мами, самостійно не одягається та не роздягається, повністю залежний від мами.

Клінічне спостереження: перше заняття проходило в кабінеті сенсорної інтеграції, де присутні різного виду гойдалки, гімнастичні стінки, сенсорна гірка, сенсорні доріжки різного типу, м'які поверхні – мати. Дитина без страху зайшла в кабінет, та почала бігати по всій площині та штовхати усі гойдалки, на звернення мами та ерготерапевта дитина не реагувала, увага на кожному елементі дитина затримувала на 3-6 с, і одразу ж переключала увагу на наступний елемент, під час зняття взуття дитина не дивилася на свої руки та намагалася вирватися, не знімаючи взуття, самостійно до сенсорних поверхонь та балансирів дитина не підходила, оминала їх стороною. Також ми помітили, що дитина ходить на шпильки, не наступаючи на п'ятки, на нестабільній поверхні дитина втрачала баланс, та намагалася втекти від терапевта.

Спираючись на наше клінічне спостереження та на інформацію, отриманої під час проведення інтерв'ю з мамою, нами було заповнений сенсорний профіль дитини №1.

Таблиця 4 – показники діагностики сенсорного профілю дитини №1.

Сенсорний профіль дитини №1			
Сенсорна Область	Кількість відповідей: Так	Кількість відповідей: Ні	Загальна кількість питань
Вестибулярний апарат, білатеральна функція	13	5	18
М'язове відчуття	18	12	30
Рухи	19	5	14
Тактильне сприйняття	6	7	13
Сенситивність рота. Смак. Запах.	6	8	14
Звук	3	16	19
Зір	7	16	23

Отримані початкові результати заповненого сенсорного профілю дитини, ми виявили, що основні порушення в сенсорній обробці мають області вестибулярного, пропріоцептивного (глибока чутливість, м'язове відчуття) та тактильного сприйняття дитини №1. На основі цього за участю мами нами було ставлено цілі у SMART форматі:

- 1) Через 1 тиждень дитина №1 адаптується до занять в центрі, тобто буде спокійно заходити в кабінет та комунікувати з терапевтом ;
- 2) Через 2 тижні дитина №1 зможе зняти кофту та взуття зі словесними підказками за 2 хвилини та одягнути кофту за 3 хв. ;
- 3) Через 4 тижні дитина №1 зможе без підказок зняти та одягнути верхній одяг.

Дитина №2

Клінічна картина: дівчинка, 6 років, встановлений діагноз дитячим психіатром: F 84.0 Дитячий аутизм (аутичний розлад, інфантильний аутизм; інфантильний психоз; синдром Каннера). Під час інтерв'ю з мамою дитини було виявлено наступні проблеми: дитина не дає розчісувати та мити шкіру голови, не дає чистити зуби, мамі приходиться це робити примусово, від чого і мама і дитина страждають; під час емоційного перезбудження б'є маму руками та кусає свої руки до ран; навички одягання: дівчинка може сама роздягнутися, одягає її мама. Любить гучну музику, і заспокоюється коли чує знайомі мелодії, вдома зазвичай дивиться мультики, рольової гри немає, їсть самотійно, але виключно спагеті та рис, інші продукти їсти відмовляється, не їсть фрукти та солодке.

Клінічне спостереження: до початку заняття дівчинка почала плакати, прижалася до мами і не захотіла заходити до кабінету сенсорної інтеграції, тому було запропоновано мамі зайти до кабінету, тримаючи дитину на руках обличчям до себе, і сісти на гойдалку (чорна). Після 10 хвилин гойдання, дитина звикла за кабінету та терапевта, повернулася і почала розглядати кабінет, на прохання зняти взуття, дитина швидко скинула кросівки без використання рук. Дитина не підпускала до себе терапевта, міцно тримала руку мами, і коли чула звернення до себе починала кричати і кусати зовнішню сторону долоні. Під час ходьби по м'яким поверхням (мати товщиною 7 см), дівчинка піднімалася на носочки та намагалася швидко з них піти. На тактильні стимули дівчинка проявляла агресивну поведінку, все викидала з рук, намагаючись уникнути доторкання текстур.

Спираючись на наше клінічне спостереження та на інформацію, отриманої під час проведення інтерв'ю з мамою, нами було заповнений сенсорний профіль дитини №2.

Таблиця 5- показники діагностики сенсорного профілю дитини №2.

Сенсорний профіль дитини №2			
Сенсорна Область	Кількість відповідей: Так	Кількість відповідей: Ні	Загальна кількість питань
Вестибулярний апарат, білатеральна функція	13	5	18
М'язове відчуття	19	11	30
Рухи	8	6	14
Тактильне сприйняття	9	4	13
Сенсетивність рота. Смак. Запах.	6	10	16
Звук	7	12	19
Зір	10	13	23

Отримані початкові результати заповненого сенсорного профілю дитини, ми виявили, що основні порушення в сенсорній обробці мають області пропріоцептивного (глибока чутливість, м'язове відчуття), тактильного сприйняття та рухи дитини №2. На основі цього за участю мами нами було встановлено цілі у SMART форматі:

- 1) Через 1 тиждень дитина адаптується до занять в центрі, буде самостійно заходити в кабінет та активно досліджувати простір кабінету сенсорної інтеграції.
- 2) Через 2 тижні дівчинка зможе зі словесними підказками одягнути верхній одяг та з мінімальною допомогою застібнути замок «блискавка»;
- 3) Через 4 тижні дитина зможе самостійно застібнути липучки на кросівках за 2 хвилини.

Дитина №3

Клінічна картина: хлопчик, 4 роки, встановлений діагноз дитячим психіатром: F 84.0 Дитячий аутизм (аутичний розлад, інфантильний аутизм; інфантильний

психоз; синдром Каннера). Під час інтерв'ю з мамою та татом дитини було виявлено наступні проблеми: дитина вдома грається тільки улюбленою машинкою (крутить колеса), їсть самостійно, але окремі продукти, а саме: рис, ковбаса, макаронні вироби і сир, м'ясо не жує, випльовує, зовсім не їсть фрукти та овочі; під час прогулянки уникає будь яких гойдалок, горки, любить гратися піском; є труднощі з самообслуговуванням: не одягається сам, не чистить зуби, часто уникає цього процесу.

Клінічне спостереження: під час першого заняття дитина не звертала увагу на терапевта, уникала будь якого контакту та дуже хотіла піти до дому, до кабінету заходити відмовилася (почався сильний плач), тому заняття проводилося в холі центру, де є багато м'яких поверхонь (кубики, мати, великий фітбол), до сенсорних іграшок, різного текстилю доторкатися відмовилася, також ми помітили, що дитина ходить на носочках, рідко опускаючись на п'ятки.

Спираючись на наше клінічне спостереження та на інформацію, отриманої під час проведення інтерв'ю з мамою, нами було заповнений сенсорний профіль дитини №3.

Таблиця 6 - показники діагностики сенсорного профілю дитини №3

<i>Сенсорний профіль дитини №3</i>			
<i>Сенсорна Область</i>	<i>Кількість відповідей: Так</i>	<i>Кількість відповідей: Ні</i>	<i>Загальна кількість питань</i>
<i>Вестибулярний апарат, білатеральна функція</i>	4	14	18
<i>М'язове відчуття</i>	13	17	30
<i>Рухи</i>	7	7	14
<i>Тактильне сприйняття</i>	4	11	13
<i>Сенситивність рота. Смак. Запах.</i>	3	13	16

Звук	3	16	19
Зір	13	10	23

Отримані початкові результати заповненого сенсорного профілю дитини, ми виявили, що основні порушення в сенсорній обробці дитини №3 це тактильне сприйняття, вестибулярна чутливість та сенсетивність рота (смак). На основі цього, за участю батьків, нами були поставлені наступні цілі у SMART форматі:

- 1) Через 2 тижні дитина адаптується до занять в центрі, буде самостійно заходити в кабінет та активно досліджувати простір кабінету сенсорної інтеграції;
- 2) Через 3 тижні дитина зможе з мінімальною допомогою зняти взуття та верхній одяг за 4 хвилини;
- 3) Через 4 тижні дитина зможе самостійно застібнути блискавку (коли кофта на тілі) за 2 хвилини.

Дитина № 4

Клінічна картина: дівчинка, 3 р., встановлений діагноз дитячим психіатром: F84.1 Атиповий аутизм (атиповий дитячий психоз; помірна розумова відсталість з аутичними рисами). Під час інтерв'ю з мамою дитини було виявлено наступні проблеми: реагує лише на голос мами, самостійно не їсть (кормить мама) та не одягається, відсутній інтерес до іграшок, музики та мультфільмів, бувають часті істерики (особливо перед сном), тривалістю від 10-60 хвилин, часто б'є маму та кусає свої пальці, також буває лягає на підлогу та починає битися головою, не любить купатися та чистити зуби, на вулиці убігає від мами та доволі часто спотикається і падає, відсутній страх впасти.

Клінічне спостереження: дівчинка з мамою зайшли до кабінету сенсорної інтеграції, дівчинка одразу відпустила руку мами та почала бігати кругами по кабінету, все штовхаючи, залазила на гімнастичну стінку та вгорі одразу відпускала руки, увагу на одному предметі трималася від 3х до 10 секунд, на прохання мами підійти до неї дитина не реагувала. Реакція на знаходження

терапевта поруч була спокійна, реагувала коли її брали за руку та вели на гойдалку. На спробу зняти взуття дитина відреагувала негативно та почала битися головою та намагалася вкусити терапевта. Тактильні іграшки тримала в руках 2 секунди та одразу ж викидала.

Спираючись на наше клінічне спостереження та на інформацію, отриманої під час проведення інтерв'ю з мамою, нами було заповнений сенсорний профіль дитини №4.

Таблиця 7 - показники діагностики сенсорного профілю дитини №4

Сенсорний профіль дитини №4			
Сенсорна Область	Кількість відповідей: Так	Кількість відповідей: Ні	Загальна кількість питань
Вестибулярний апарат, білатеральна функція	15	3	18
М'язове відчуття	21	9	30
Рухи	9	5	14
Тактильне сприйняття	10	2	13
Сенситивність рота. Смак. Запах.	5	11	16
Звук	3	16	19
Зір	5	18	23

Отримані початкові результати заповненого сенсорного профілю дитини, ми виявили, що основні порушення в сенсорній обробці дитини №4 це вестибулярна чутливість та пропріоцептивна чутливість (глибока чутливість, м'язове відчуття). На основі цього, за участю мами, нами були поставлені наступні цілі у SMART форматі:

- 1) Через 1 тиждень дитина зможе самостійно залізати та спускатися з гімнастичної стінки;

- 2) Через 3 тижні дитина зможе з мінімальною допомогою зняти взуття та футболку за 2 хвилини, та одягнути за 4 хвилини.
- 3) Через 4 тижні дитина зможе самостійно нанизати на шнурівку 10 великих дерев'яних бусин за 5 хвилин.

Дитина №5

Клінічна картина: дівчинка, 5 р., встановлений діагноз дитячим психіатром: F 84.4 Гіперактивний розлад, відноситься до поєднання розладу гіперактивності та розумової відсталості. Під час інтерв'ю з мамою дитини було виявлено наступні проблеми: дитина самостійно не одягається (все робить мама), прийом їжі: їсть самостійно, але їсть не обережно, часто все розсипає та переливає, обожнює насичені смаки (сир з пліснявою, лимон, оливки); любить дуже іграшки, пов'язанні із логікою: складання пазлів та мозаїк, розкладає картинки з тваринами та фігурами, цікавої їй грою може грати від 10 хвилин до 2 годин, дуже складно переключити на інший вид діяльності, не сприймає зміни, реагує агресивно (може вдарити маму або вкусити).

Клінічне спостереження: дівчинка з мамою зайшли до кабінету ерготерапії, дівчинка одразу відпустила руку мами та почала роздивлятися ігри та предмети в кабінеті, особливо не тримаючи уваги. Під час зняття взуття, кофти та шкарпеток, дитина не дивилася та не приймала участі в цьому процесі. Під час гри з дрібними предметами на терапевтичному вертикалізованому столі дитина важко попадала в отвори, мала також труднощі з натягуванням гумових резинок (гра «Геоборд»). При спробі зайти до кабінету сенсорної інтеграції дівчинка одразу почала плакати та вибігала з нього, коли бачила що гойдалки рухалися бігла до них і намагалася їх зупинити.

Спираючись на наше клінічне спостереження та на інформацію, отриманої під час проведення інтерв'ю з мамою, нами було заповнений сенсорний профіль дитини №5:

Сенсорний профіль дитини №5			
Сенсорна Область	Кількість відповідей: Так	Кількість відповідей: Ні	Загальна кількість питань
Вестибулярний апарат, білатеральна функція	8	10	18
М'язове відчуття	14	16	30
Рухи	4	10	14
Тактильне сприйняття	10	3	13
Сенситивність рота. Смак. Запах.	10	6	16
Звук	9	10	19
Зір	9	14	23

Таблиця 8 - показники діагностики сенсорного профілю дитини №5

Отримані початкові результати заповненого сенсорного профілю дитини, ми виявили, що основні порушення в сенсорній обробці дитини №5 це вестибулярна чутливість та сенситивність рота (смак). На основі цього, за участю мами, нами були поставлені наступні цілі у SMART форматі:

- 1) Через 2 тижні дитина зможе з мінімальною допомогою одягнути верхню та нижню частини тіла (штани та светр) за 5 хвилин;
- 2) Через 3 тижні дитина зможе самостійно натягнути 10 гумових резинок на геоборд;
- 3) Через 4 тижні дитина самостійно взується за 2 хвилини.
- 4) Через 4 тижні покращиться зорово-рухова координація під час бімануальної діяльності.

Дитина №6

Клінічна картина: хлопчик 6 р., встановлений діагноз дитячим психіатром: F84.0 Дитячий аутизм (аутичний розлад, інфантильний аутизм;

інфантильний психоз; синдром Каннера). Під час інтерв'ю з мамою дитини було виявлено наступні проблеми: є труднощі мовлення, вже рік займаються з логопедом, розуміє звернення, тримає зоровий контакт, під час одягання не виходить застібати гудзики, блискавки та липучки на взутті. Під час прогулянок часто спотикається та падає, не їздить на самокаті чи велосипеді, хоча дуже хоче.

Клінічне спостереження: перше заняття проходило в кабінеті ерготерапії, де дитині були запропоновані терапевтичні макети із застібками різного типу (гудзики середнього розміру, липучки, блискавка), дитина дуже засмучувалася коли погано виходила, під час гри з силіконовими липучками, було помічено, що дитина має труднощі з двох-пальцевим та щипковим хапанням. Після кабінету ерготерапії, було запропоновано перейти в кабінет сенсорної інтеграції: під час ходьби через полосу перешкод, що складалася з тактильних доріжок, балансиру та мату, дитина не змогла пройти без опори на руки, часто спотикалася. Дуже сподобалася сенсорна гірка та гамак.

Спираючись на наше клінічне спостереження та на інформацію, отриманої під час проведення інтерв'ю з мамою, нами було заповнений сенсорний профіль дитини №6.

Сенсорний профіль дитини №6			
Сенсорна Область	Кількість відповідей: Так	Кількість відповідей: Ні	Загальна кількість питань
Вестибулярний апарат, білатеральна функція	5	13	18
М'язове відчуття	17	13	30
Рухи	8	6	14
Тактильне сприйняття	3	10	13
Сенситивність рота. Смак. Запах.	0	16	16
Звук	2	17	19
Зір	7	16	23

Таблиця 9 - показники діагностики сенсорного профілю дитини №6.

Отримані початкові результати заповненого сенсорного профілю дитини, ми виявили, що основні порушення в сенсорній обробці дитини №6 це вестибулярна чутливість та рухи. На основі цього, за участю мами, нами були поставлені наступні цілі у SMART форматі:

- 1) Через 1 тиждень дитина зможе самостійно застібнути 5 гудзиків середнього розміру (коли кофта на столі);
- 2) Через 3 тижні дитина зможе утримувати рівновагу, стоячи на балансірі «напівсфера», дошка Белгау, одночасно кидаючи м'ячики в ціль 5 хвилин.
- 3) Через 4 тижні дитина зможе самостійно застібнути блискавку на курточці за 50 секунд.

3.2. Втручання ерготерапії у дітей з розладами аутистичного спектру

Проаналізувавши наукові джерела та показники розвитку обстежених дітей, було створено комплексний алгоритм активізації сенсорно-моторної

активності шляхом ерготерапії дітей з діагнозом РАС. Створення та впровадження навчальної програми з ерготерапії передбачало аналіз та вибір найбільш вдалих методик втручання. Розробка алгоритму ерготерапії, організація реабілітаційного процесу та коригування персоналізованих планів для дітей з РАС були методологічно розглянуті та включені в ІІР курсу:

- необхідність застосування мультидисциплінарного підходу;
- метод SMART пропонує рекомендації щодо встановлення конкретних, вимірних, досяжних, релевантних і обмежених у часі цілей для дітей і батьків;
- підхід, який надає пріоритет залученню сім'ї, з акцентом на участь батьків у процесі реабілітації;
- характеристика індивідуальної клінічної картини дитини.

Курс реабілітації для дітей з РАС в Київському міському центрі реабілітації дітей з інвалідністю триває 4 тижні. У всіх 6 дітей курс ерготерапії складався з 12 занять, що організовувалися відповідно до індивідуальних потреб та можливостей дитини, з урахуванням вікових особливостей, фізичних та розумових здібностей.

Заняття з ерготерапії проходило у двох робочих зонах. Першою робочою зоною є кабінет сенсорної інтеграції, в якому присутні різновекторні гойдалки різного типу, балансири, сенсорні доріжки та килимки, важкі ковдри, вагою 3 кг, 5 кг та 7 кг, сенсорні жилети та браслети на руки та ноги. Також є простір з гімнастичними стінками, сенсорна гірка, м'ячі та мішки різної текстури.

Даний простір ми використовували для вирішення таких задач, як:

- адаптація до навколишнього середовища;
- покращення координації рухів тіла у просторі під час ходьби та виконання побутових навичок;
- вдосконалення ходьби.

Другою робочою зоною є кабінет ерготерапії, в якому присутні 3 вертикалізовані терапевтичні столи «Viber», різноманітні ігри для покращення

дрібної моторики, терапевтичні макети з різного типу застібками, також присутні ігри для збагачення дитиною тактильного досвіду(дощечки різної текстури, контейнери з сипучими речовинами, як горох, рис, пшениця, пісок, тісто, пластилін, тощо). Цей кабінет ми використовували для вирішення таких задач:

- формування навичок одягання;
- формування навички самостійного прийому їжі
- збільшення точності бімануальної діяльності під час застібання різних типів застібок(гудзики, блискавка, липучки);
- покращення зорово-рухової координації рухів під час виконання побутових завдань.

Ерготерапевтичні втручання спрямовані на розвиток відповідних рухових навичок у дітей з РАС, зрештою покращуючи їх здатність брати участь у повсякденній діяльності та виконувати її самостійно в різних сферах діяльності. Зміст занять ми розробляли з урахування індивідуальних можливостей дитини, її психоемоційного стану та особистих інтересів, що мотивували дитину працювати та взаємодіяти з терапевтом.

Наш план втручань заходів ерготерапії для дітей з РАС складався з трьох етапів:

I етап - це етап адаптації дитини до занять в центрі, до нового ігрового простору та терапевта. Тривалість цього етапу складала 4 заняття по 25 хв.

На цьому етапі ми встановлювали контакт з дитиною та батьками, формували довіру дитини до терапевта та простору. Основною задачею I етапу було покращення процесу переробки сенсорної інформації у всіх дітей, так як за даними сучасних досліджень та нашим клінічним спостереженням саме через це у дітей з РАС виникають труднощі у виконанні заняттєвої активності. Для кожної дитини були підібрані індивідуальні засоби впливу на сенсорну область. Більш докладно ми показали це в таблиці «Заходи ерготерапії для

покращення переробки сенсорної інформації». Перші 4 заняття склалися з 15-20 хв сенсорного насичення дитини та 5 хв – виконання завдання, що супроводжувалося словесною інструкцією та вербальними підказками, що мали докладно пояснювати дитині кожну її дію. В кінці першого етапу у 4х з 6 дітей проявляли більше інтересу до виконання рухових завдань, тому ми поступово зменшували час сенсорної стимуляції та більше часу приділяли розвитку моторних функцій та переходили до II етапу нашого плану реабілітації.

Таблиця 10 - Заходи ерготерапії для покращення переробки сенсорної інформації.

Заходи ерготерапії для покращення переробки сенсорної інформації		
Пацієнт	Порушення СІ	Приклади вправ
Дитина №1	<ul style="list-style-type: none"> - Гіпочутливість вестибулярного сприйняття - Гіпочутливість глибокої чутливості та м'язового відчуття - Гіперчутливість до тактильних стимулів 	<ul style="list-style-type: none"> - Гойдання на горизонтальній гойдалці разом з терапевтом, під час якого дитина сиділа, спираючись спиною до терапевта, на ноги ми клали сенсорний мішок, вагою 4 кг, та одночасно руками дитина доставала горішки з коробки; - Гойдання в гамаку, під час якого ми давали пацієнту медбол, вагою 1,5 кг і командою «дай», просили його віддати м'яч нам; - Лежачи на животі на фітболі, дитина мала дістати з коробки м'яч та віддати терапевту; - Дитина сиділа разом з мамою на горизонтальній гойдалці, вкритий важкою ковдрою, вагою 5 кг, ми давали йому маленький сенсорний м'ячик і просили кинути терапевту.
Дитина №2	<ul style="list-style-type: none"> - Гіпочутливість глибокої чутливості та м'язового відчуття - Гіпочутливість до тактильних стимулів 	<ul style="list-style-type: none"> - Під час занять ми одягали дитині сенсорні браслети вагою 0,2 кг на руки, 0,5 кг на ноги; - «Ходьба на долонях»: тримаючи дитину за ноги, треба було дійти до кошика з м'ячиками, взяти один та перенести у пустий кошик; - «Черв'ячок»: ми закутували дитину у важку ковдру, вагою 5 кг, і просили її виплутатися з неї; - Сидячі на балансірі дитина мала пересипати долонею горох з контейнера в стакан.

<p>Дитина №3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Гіперчутливість вестибулярного сприйняття - Гіперчутливість до смаку 	<ul style="list-style-type: none"> - Їзда на 4х-колісному скейті: дитина стояла на скейті, тримаючись обома руками за руки тата, терапевт штовхала стейт до мішка з іграшками, дитина витягувала іграшку, і надалі тримаючись однією рукою поверталися до старту і складали іграшки в коробку; - Сидячи на балансірі «полусфера», дитина мала кидати м'ячі у ціль; - Лазання через м'який тунель «бочка», коли дитина була всередині, терапевт створював коливання, штовхаючи бочку;
<p>Дитина №4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Гіперчутливість вестибулярного сприйняття - Гіпочутливість глибокої чутливості та м'язового відчуття 	<ul style="list-style-type: none"> - Під час заняття дівчинці одягали сенсорні браслети вагою 0,2 кг на ноги; - Тримаючись за руку терапевта, дівчинка мала проходити полосу перешкод, яка складалася з сенсорних доріжок, тактильних килимків та м'яких подушок, і діставати мішечок вагою 0,3 кг; - Ритмічні коливання, сидячи в обіймах мами на фітболі, ми рахували до 10, співали термічні дитячі пісеньки.
<p>Дитина №5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Гіперчутливість вестибулярного сприйняття - Гіперчутливість зорового сприйняття 	<ul style="list-style-type: none"> - Так як дитина не сприймала кабінет сенсорної інтеграції, усі заняття проходили в кабінеті ерготерапії; - Під час гри та виконання завдань, дівчинка сиділа на сенсорній подушці або фітболі; - Коли дитина хотіла дістати нову гру з полиці, ми ставили замість підставки балансір «полусфера»;

Дитина №6	- Гіпочутливість глибокої чутливості та м'язового відчуття	<ul style="list-style-type: none"> - «Ходьба через перешкоди», за допомогою ходової доріжки, дитина мала переступати палиці, без опори на руки, брати 2 м'ячки, повертатися та кидати м'ячі у ціль; - Тримаючи в одній руці м'який м'яч, дитина мала піднятися по гімнастичній стінці та покласти м'яч у кошик, який знаходився зверху, спуститися та взяти наступний м'яч;
-----------	--	---

II етап складався 4х занять з заходів ерготерапії, спрямованих на покращення координації рухів тіла в просторі, покращення великої і дрібної моторики. На даному етапі нашою задачею було підготувати дитину до навчання більш складної діяльності, таких як навичок одягання та самостійного прийому їжі. План заняття на II етапі складалися з трьох частин:

1. Насичення сенсорних систем – 10 хв. Перша частина складалася з вправ, індивідуально підібраних для кожної дитини на першому етапі курсу втручань, що вказані в табл.10
2. Вправи, спрямовані на покращення моторного контролю – 10 хв;
3. Завдання, направлені на збільшення точності рухів верхніми кінцівками під час маніпулювання з дрібними предметами – 5 хв.;

Для покращення моторного контролю нами було розроблено та запропоновано наступні заходи:

- Ходьба за маршрутом. Ми склали маршрут, що складався з сенсорних доріжок, подушок, круглої форми, дерев'яних сходів та балансиру. Під час першого виконання даної вправи терапевт, тримаючи дитину за руку, направляє дитину за правильним маршрутом. Дана вправа розвиває зорово-рухову координацію, збільшує рівень балансування тіла та виконує також функцію сенсорної стимуляції. Тривалість – 4 хвилини;

- Лазіння по гімнастичній стінці. Тримаючи в одній руці м'яч дитина мала залазити по гімнастичній стінці, класти його у кошик, і спускатися за наступним. Кількість повторень складала 10 разів.
- Їзда на імітаторі велосипеда «Go-Go Rollers». Задача дитини в положенні стоячи на велоімітаторі прокрутити педалі вперед, тримаючи рівновагу. Під час перших спробах терапевт тримає дитину за руки, що дає дитині опору та можливість проїхати за рахунок підтягування тіла вперед до терапевта.
- Вправи на балансування. Стоячи на балансірі, дитина мала ловити та кидати назад терапевту мішечок, вагою 0,2 кг, з кожним наступним заняттям ми ускладнювали завдання, наприклад дитина мала ловити і кидати мішечок однією рукою, по-черзі міняти руки, також ми поступово зменшували розмір предмету та його вагу. Подібні вправи сприяють покращенню концентрації уваги та розумінню право/ліво.
- Вправи з м'ячем. Кидання м'ячів у ціль, перекладання з руки-в-руку в різних напрямленнях вгору-вниз або перед собою - за спину, відбивання м'ячів різного розміру та ваги.

З метою збільшення точності рухів верхніми кінцівками під час маніпулювання з дрібними предметами ми використовували ігри, в яких залучені різні види хапання. Акцент ми робили на розвиток двох-пальцевого, циліндричне в кулак та щипкове хапаннях. Для цього нами було запропоновано наступні вправи:

- Складання дерев'яних монеток, просовуючи їх у вузький отвір;
- Пересипання ложкою різних текстур, таких як горох, рис, керамічний пісок;
- Чіпляння прищіпок;
- Ліпка з пластиліну, тіста та глини;
- Малювання пальчиками (замальовування фігур, рослин, тварин);
- Крутіння гайок та болтів;
- Нанизування дерев'яних бусин на шнурівку;

- Складання мозаїки.

По завершенню другого етапу нами було помічено, що у всіх 6 дітей покращилася ходьба, вони стали більш впевнені в своїх рухах, почали вчасно помічати перешкоди та легко їх долати, збільшився час концентрації уваги та утримання погляду під час маніпуляцій з дрібними предметами. Психоемоційний стан у 4х з 6 дітей був стабільно спокійний, у всіх зменшилися прояви аутоагресії та стереотипів. Наші спостереження свідчали про ефективність, запропонованих нами втручань.

Надалі ми переходили до III етапу, метою якого було покращення навичок самообслуговування.

- Формування навичок одягання верхньої та нижньої частин тіла;
- Вдосконалення бімануальної діяльності під час застібання різного типу застібок (гудзики, блискавка, липучки);

Для формування навичок самостійного одягання важливо враховувати індивідуальні можливості дитини, вік і тактильну чутливість до різної текстури, так як не правильно підібрана тканина для дітей з РАС, що мають гіперчутливість до різних текстур, може викликати протест та негативні асоціації з процесом одягання. Для досягнення поставлених нами цілей ми виконували наступний план дій:

- 1) Чітко відокремили місце для тренування одягання за допомогою яскравого маленького стільця, на якому ми прикріпили картинку, на якій було зображено процес одягання;
- 2) Для процесу навчання одягання ми використовували метод «рука-в-руці», тобто терапевт своєю рукою направляє руку дитини та виконує послідовність дій;
- 3) Терапевт проговорював кожну дію, що виконував разом з дитиною для запам'ятовування нею правильної послідовності дій під час одягання;
- 4) Коли дитина поступово починала запам'ятовувати алгоритм даного процесу, ми використовували короткі словесні підказки, наприклад

«рука» «нога» «тягни уверх/вниз», це допомагало дитині створювати правильні асоціації руху та частини тіла.

- 5) На заняттях була обов'язкова присутність батьків, яким ми пояснювали і показували, як правильно одягатися вдома та давали рекомендації щодо організації цього процесу в домашніх умовах.

Для вдосконалення бімануальної діяльності під час застібання різного типу застібок (гудзики, блискавка, липучки) ми використовували терапевтичні макети з елементами різних застібок. Спершу діти вчилися застібати застібки на манекенах сидячи за столом, поступово ми ускладнювали завдання і замінювали манекени на одяг дитини та наступним етапом було застібання застібок, коли кофта чи рубашка були на тілі дитини.

3.3 Ефективність застосування ерготерапевтичного втручання

Після проведення нашого плану втручань ерготерапії, що складався з 12 занять по 25 хвилин, усі поставленні нами цілі для дітей першого періоду дитинства з РАС були досягнуті:

Дитина №1:

- 1) Через 1 тиждень дитина адаптувалася до занять в центрі, почала спокійно заходити в кабінет та комунікувати з терапевтом, проявляла цікавість та бажання до виконання завдань;
- 2) Через 4 тижні дитина удосконалила навичку одягання/роздягання верхнього одягу, зменшився час одягання з 5 хв. до 2 хв.

Дитина №2:

- 1) Через 1 тиждень дитина адаптувалася до занять в центрі, почала самостійно заходити в кабінет та активно досліджувати простір кабінету сенсорної інтеграції.
- 2) Через 4 тижні дитина сформувала навичку застібнути липучки на кросівках за 2 хвилини.

Дитина №3

- 1) Під час занять збільшився час комунікації з терапевтом, почала краще виконувати інструкції до завдання, зменшилися прояви стереотипії;
- 2) Через 4 тижні дитина навчилася з мінімальною допомогою знімати взуття та верхній одяг за 4 хвилини;
- 3) Через 4 тижні дитина може самостійно застібнути блискавку (коли кофта на тілі) за 2 хвилини.

Дитина №4

- 1) Через 1 тиждень у дитини вийшло самостійно залізти та спуститися з гімнастичної стінки;
- 2) Через 4 тижні дитина самостійно нанизала на шнурівку 10 великих дерев'яних бусин за 5 хвилин.
- 3) Також у дитини покращилася координація рухів тіла під час ходьби, зменшилася частота падінь на вулиці під час прогулянки, дитина почала самостійно вибирати одяг та натягувати шкарпетки;

Дитина №5

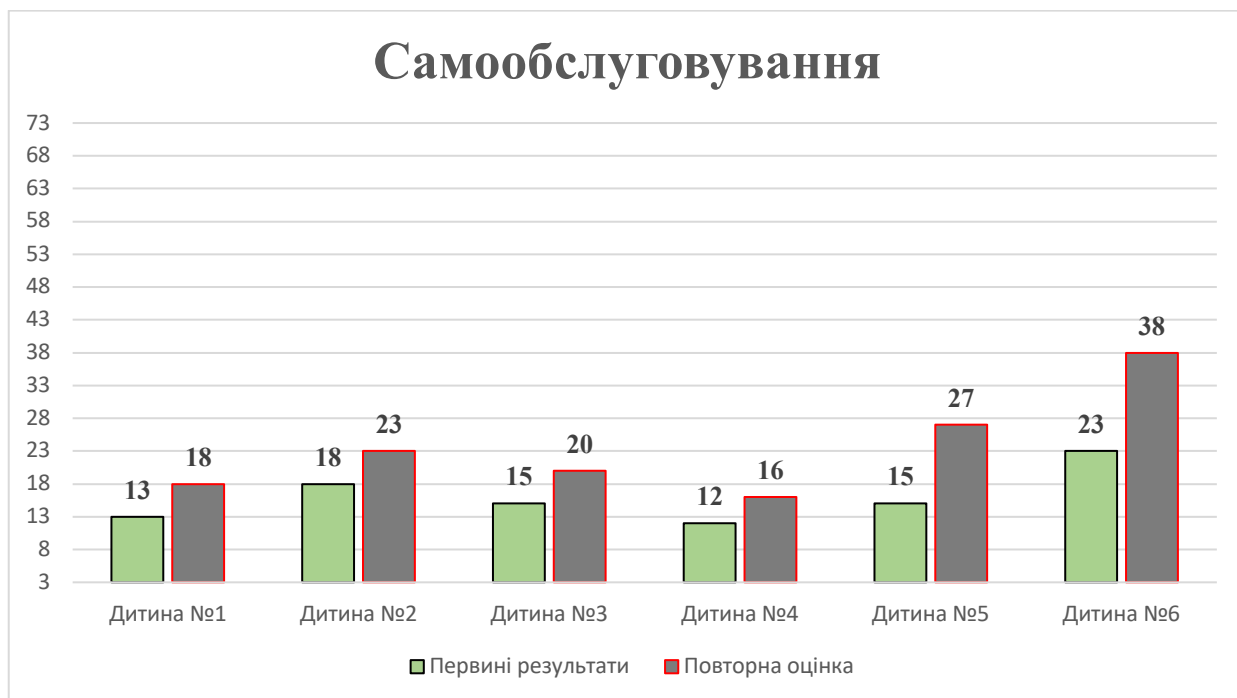
- 1) Через 2 тижні у дитини вийшло з мінімальною допомогою одягнути верхню та нижню частини тіла (штани та светр) за 5 хвилин;
- 2) Через 4 тижні покращилася зорово-рухова координація під час бімануальної діяльності, зменшилося кількість помилок під час виконання завдань, дитина почала спокійніше реагувати на зміну діяльності.

Дитина №6

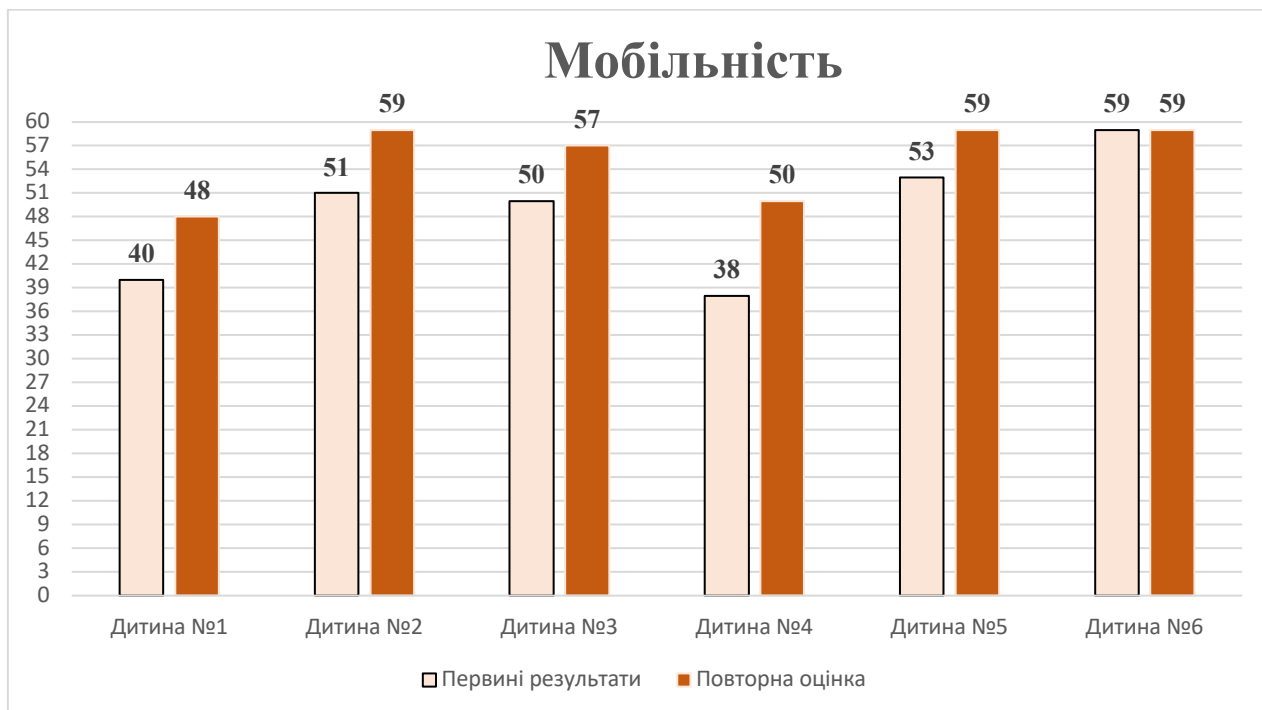
- 1) Через 3 тижні у дитини зріз рівень утримання рівноваги, стоячи на балансірі «напівсфера» та покращилася координація рухів тіла під час вправи: стоячи на дошці Белгау, одночасно кидати м'ячі у ціль (збільшилася кількість попадань у ціль з 5/10 до 10/10);
- 2) Через 4 тижні у дитини вийшло самостійно застібнути блискавку на курточці за 50 секунд, покращилася точність бімануальної діяльності під час застібання гудзиків середнього розміру.

Ефективність застосування нашого плану втручань ерготерапії для дітей першого періоду дитинства РАС перевірялася за допомогою порівняльного аналізу первинної та заключної оцінок, отриманих за результатом опитувальника оцінки дитячої інвалідності (Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)). За результати порівняльного аналізу, представлені в діаграмах 1, 2 і 3, ми визначили, що у сфері самообслуговування у 4 із 6 дітей показник покращення навичок самообслуговування зріс на 5 балів, у 2 дітей зріс на 9 та 12 балів; у сфері мобільності показник розвитку сфери моторики у 5 із 6 дітей покращився в середньому на 10 балів, у 1 дитини залишився незмінним; у сфері соціальної функціональності показник у 6 дітей з 6 збільшився у середньому на 5 балів.

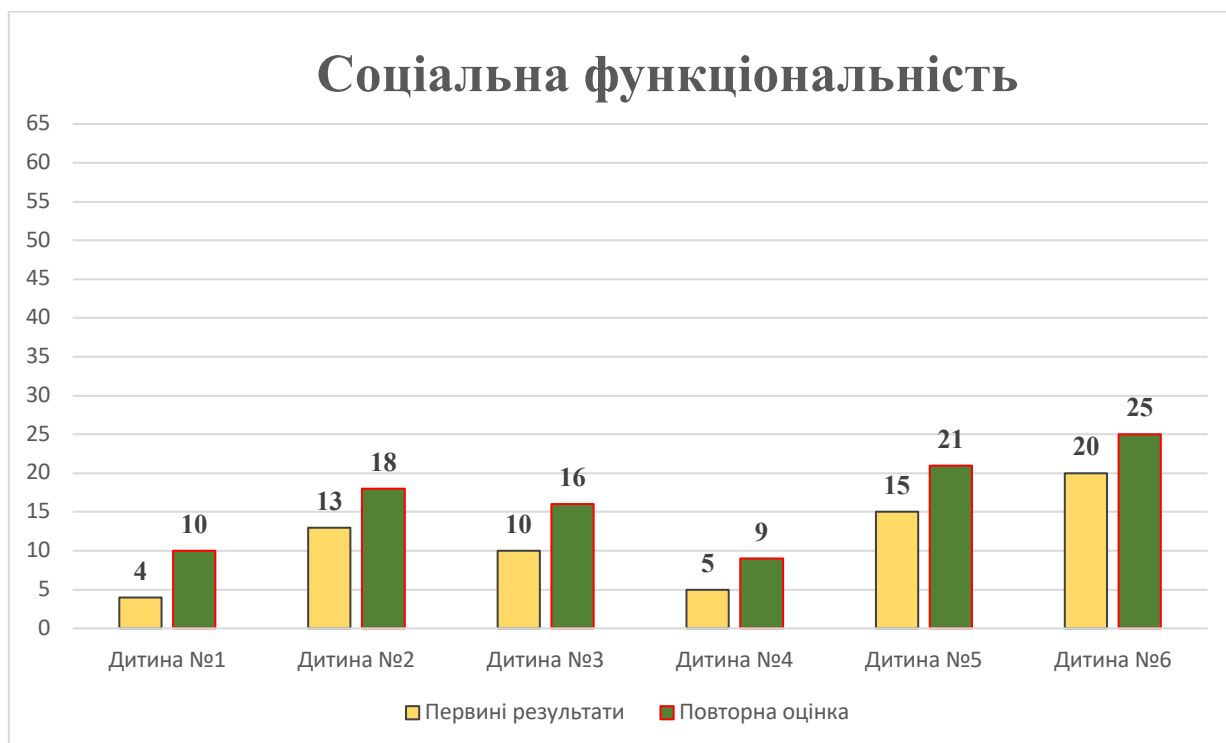
Діаграма 1 - самообслуговування



Діаграма 2 - мобільність



Діаграма 3 – соціальна функціональність



Отриманні результати говорять про позитивний вплив нашого плану втручань заходів ерготерапії. Найбільшу ефективність ми досягли у сфері самообслуговування: у всіх 6 дітей покращилися навички одягання, застібання застібок різного типу; у сфері мобільності ми спостерігали у всіх покращення координації рухів тіла під час ходьби з перешкодами; у сфері соціальної функціональності 4 з 6 дітей почали проявляти позитивну динаміку та бажання у сфері спілкування, дитина №2 та №5 почали проявляти інтерес до комунікації з однолітками та до ролевих ігор, під час занять у всіх дітей зменшилися прояви аутоагресії та стереотипії.

ВИСНОВКИ

Наука про аутизм пройшла чотири чіткі стадії розвитку. Починаючи з донозологічного періоду наприкінці 19-го та початку 20-го століть, він прогресував до доканнерського періоду 1920-40-х років. Найбільш значущим періодом був період Каннера, який охоплював з 1943 по 1970 рік. Нарешті, період після Каннера 1980-х і 90-х років заклав основу в розвитку науки про аутизм.

Системний підхід до клінічних проявів аутизму почав формуватися в 1930-40-х роках. Психіатри Г. Аспергер і Л. Каннер детально описали визначальні характеристики розладу, такі як соціальні труднощі у дітей. Основні відмінності в їх описах стосуються інтелектуальної та моторної сфер психічного розвитку дітей.

Аутизм - це складний розлад розвитку, що має ряд проявів. За Л. Каннером, клінічна картина аутизму характеризується нездатністю пристосуватися до відповідної поведінки, затримкою або відхиленнями в розвитку мовлення, повторним вживанням слів або звуків, відмінною механічною пам'яттю. Люди з аутизмом також можуть проявляти страх перед змінами, неповну поведінку, розвиток ритуалів, інтенсивну фіксацію та перевагу неживим предметам. Складна природа цього розладу призвела до різних класифікацій, що відрізняються за змістом і кількістю компонентів. Однак розлади спектру аутизму зазвичай визначають як групу психічних розладів, які порушують соціальну взаємодію, спілкування, звужують інтереси та стереотипну поведінку. Аутичні розлади мають різні форми, такі як класичний аутизм Канера, синдром Аспергера та невизначений, неуточнений розлад розвитку, відомий як «атиповий аутизм». Основна причина аутизму залишається невизначеною, але сучасні теорії припускають, що це пов'язано з серйозною патологією на кількох рівнях організму, включаючи психологічні, нейрохімічні та анатомічні фактори. Генетичні дослідження підтверджують уявлення про те, що генетика та біологія є невід'ємною частиною етіології та патогенезу аутизму. Було висунуто кілька

теорій, у тому числі ті, що стосуються поведінки, біології (таких як генетика, порушення розвитку мозку та фактори, присутні в перинатальному періоді), а також нейрохімічні та імунологічні теорії. Проведення скринінгу доцільно для виявлення осіб із групою ризику розвитку аутизму. Відсутність етапу скринінгу в діагностиці часто призводить до запізнілої діагностики, що може перешкоджати позитивним змінам навіть за інтенсивних корекційних зусиль. Показники поширеності аутизму відрізняються в різних країнах, в середньому 20 випадків на 10 000 дітей. Однак щороку спостерігається значне збільшення випадків розладів аутистичного спектру серед дітей. При нерівномірному розвитку психіки при аутизмі прогнози для дітей-аутистів невизначені. Діти з синдромом Аспергера за сприятливих умов, як правило, мають кращий світогляд, навіть досягаючи професійної та особистої реалізації. Тим не менш, кожна дитина-аутист має величезний потенціал розвитку.

Таким чином, раннє виявлення розладів спектру аутизму у дітей з наступним комплексним і експертним корекційним лікуванням може допомогти в їх успішній інтеграції у світ, який часто здається їм незрозумілим. Враховуючи складність і різноманітність проявів аутизму, встановлення всебічного та точного розуміння цього розладу розвитку, а також створення надійних діагностичних засобів залишається складним завданням.

Діагностичне визначення аутизму, як і будь-якого іншого медичного стану, має на меті забезпечити чітке та чітке розуміння розладу. DSM-IV та ICD-10 залишаються основними посібниками для визначення аутизму, забезпечуючи максимальну диференціацію від інших розладів. Аутизм характеризується соціальними розладами, включаючи труднощі спілкування та взаємодії, а також значну дисгармонію в розумовому розвитку, що впливає на формування повсякденних умінь і навичок, що призводить до нездатності функціонувати самостійно. Хоча діагностичні критерії, представлені в таких колекціях, як DSM-IV і ICD-10, мають значні недоліки, наразі вони є основними рекомендаціями для діагностики розладів аутистичного спектру. За кордоном для діагностики аутизму зазвичай використовуються

різноманітні анкети, шкали та інтерв'ю, такі як шкала соціальної зрілості Вейланда, шкала оцінки дитячого аутизму та контрольний список оцінки показників аутизму.

Незважаючи на зручність збору діагностичної інформації про дитину, самі анкети, шкали та бесіди не можуть замінити ретельного вивчення стану розвитку дитини. Тільки правильно побудована діагностична процедура, яка передбачає безпосередню взаємодію дослідника і дитини, може повністю розкрити спектр проявів психіки дитини. У пошуку критеріїв диференціальної діагностики вирішальну роль відіграє науковий метод спостереження. Цей метод дозволяє дослідникам накопичувати емпіричні дані, генерувати початкові уявлення про об'єкт спостереження або перевіряти початкові припущення. Добре структуроване спостереження дає цінну інформацію, яку неможливо отримати за допомогою інших методів, таку як непередбачені реакції на протокол дослідження або ставлення до ситуації дослідження. Щоб встановити надійні критерії аутизму, вкрай важливо інтерпретувати зареєстровані явища в рамках певної теорії. Це дозволяє проводити подальші емпіричні дослідження. Необхідність всебічного вивчення осіб з аутизмом зумовила розробку таких діагностичних засобів, як «Психопедагогічний профіль ПЕП-Р», Діагностична карта розвитку дитини (К. С. Лебединська, О. С. Нікольська, 1989), нейропсихологічних методів. «Психопедагогічний профіль РЕР-Р» є найпоширенішим діагностичним інструментом для моніторингу дітей-аутистів за кордоном. Цей метод збирає емпіричні дані з ретельно відібраних завдань, які потім розподіляються за двома шкалами: «Шкала розвитку» та «Шкала поведінки».

У методиці розроблено підходи до виявлення специфічних психічних особливостей дітей-аутистів. Він враховує їх зону найближчого розвитку і займається спільним аналізом сформованості різних психічних функцій у порівнянні з віковими нормами. Сильними сторонами методики є можливість виявлення психічних особливостей дітей-аутистів, у тому числі найближчої зони розвитку та порівняльного аналізу формування психічних функцій.

Основними недоліками тесту є його громіздкість та недостатньо налагоджені методичні основи. Ці недоліки призводять до поєднання несумісних ознак у шкалі, що перешкоджає створенню добре розробленої програми послідовного коригувального впливу. Для індивідуалізації психологічної корекційної роботи з дитиною введено діагностичну карту розвитку дитини (К. С. Лебединська, О. С. Нікольська) як додаток до загальноприйнятого анамнезу. Проте кількість показників та їх неструктурованість у межах кожної сфери розвитку, а також відсутність шкали та критеріїв оцінювання ускладнюють чітке уявлення про психічну організацію дитини чи розробку відповідної освітньої програми.

Нейропсихологічне обстеження використовується для виявлення порушень, які впливають на вищі когнітивні функції. Обстеження виявляє дефекти психічної організації, а також виявляє збережені психічні процеси. Тести О. Р. Лурія є широко використовуваним інструментом нейропсихологічної діагностики з модифікаціями для конкретних випадків. Хоча обґрунтована теорія є значною перевагою цих методів, їх придатність для вивчення аутизму все ще залишається невизначеною. Це пов'язано з тим, що аутичний дизонтогенез може викликати порушення, які зачіпають кожен з трьох функціональних блоків мозку. Крім того, ці методи не враховують унікальних психічних особливостей дітей-аутистів, що може затьмарити картину розвитку дитини. Дослідження аутизму, як правило, вивчають різні характеристики розладів спектру аутизму.

Аутизм є проблемою через його дискретні ознаки, що ускладнюють розуміння стану та його постійне повторення. Відсутність продуктивних ідей ще більше ускладнює ситуацію, оскільки вони необхідні для розуміння природи цього розладу розвитку та розробки ефективних стратегій корекції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аппе Фр. Введение в психологическую теорию аутизма. – М.: Теревинф, 2006. – 216 с.
2. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста с тенденцией формирования детского аутизма: совместная работа специалистов и родителей//Альманах ИКП РАО . 2003, №2.
3. Асмолов А.Г. и др. О некоторых перспективах исследования смысловых образований личности // Вопр. психологии. – 1979.– №4. С. 35-46.
4. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания. — М.: Смысл, 2002. —480 с.
5. Ахмаджан А. «Умственная патология, страдающий индивид и лошадь» – Париж, 1992. – 76 с.
6. Багрій І. П. Професійна підготовка майбутніх заняттєвих тера- певтів в університетах Канади : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец.13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / І.П. Багрій. – Переяслав-Хмельницький, 2016. – 21 с.
7. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Медицина, 1979. – 295с.
8. Баенская, Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет / Е.Р. Баенская // Альманах ИКП РАО . – 2001. – №3. – С. 38 - 56.
9. Базовий компонент дошкільної освіти в Україні / За науковою редакцією О.Л. Кононко. – Колектив авторів. – К.: Редакція журналу “Дошкільне виховання”. – 1999. – 70 с.
- 10.Балл Г.О. Орієнтири сучасного гуманізму (в суспільній, освітній, психологічній сферах). – Житомир: Вид-во «Волинь» 2008. – 232 с.
- 11.Бардин К.В., Похилько В.И. Многомерность сенсорного пространства простых акустических сигналов // Системный анализ сенсорно-перцептивных процессов. М.: Ин-т психологии АН СССР, 1988. – С. 103–148.

12. Батуев А.С. Психофизиологические основы формирования системы мать – дитя // Образование от А до Я. М., 2000. С. 14–31.
13. Бахтин М.М. Проблемы творчества Достоевского (1929) // Собр. Соч. Т. 2. – М.: Русские словари, 2000. С. 5–175.
14. Башина В.М. Аутизм в детстве – М.: Медицина, 1999. – 240 с. Башина В.М. и др. Клинический и нейрофизиологический аспекты синдрома Ретта // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1993. – Т.93. – Вып. 4. – С. 52-55.
15. Бернер П. Многофакторная модель патогенеза // Социальная и клинич. психиатр. 1994. Т.4. – В.2. – С.121-125
16. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. – М.: Наука, 1990. – 495 с.
17. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире: введение в экзистенциальную психиатрию. — М.: КСП; СПб: Ювента, 1999. – 300 с.
18. Бинсвангер Л. Экзистенциально-аналитическая школа мысли// Экзистенциальная психология. Экзистенция. – М.: Апрель-пресс; ЭКСМО – Пресс, 2001. С. 308–332.
19. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, «Медицина», 1976. – 326 с.
20. Бондаренко А.Ф. Социальная психотерапия личности. – К.:КГПИИЯ, 1991. – 189 с.
21. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности // Вестник Московского университета. Сер.14. Психология. 1981, №2.
22. Варгезе Р. А. Возвращение к универсальному опыту // Великие мыслители о великих вопросах: современная западная философия / Пер. с англ. – М.: Фаир-Пресс, 2001. – С. 11–42.
23. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200с.

- 24.Вассерман Л.И. и др. О системном подходе к оценке психической адаптации//Обозр. психiatr. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. – 1994. – №3. – С.16-25.
- 25.Вассерман Л.И., Беребин М.А. Социальная фрустрированность личности и ее роль в генезе психической дезадаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 1998. - №1. – С.33-35.
- 26.Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. – М.:Изд-во Ось-89, 1999. – 256с.
- 27.Веденина М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение I // Дефектология. - 1997. - № 2. - С. 31-40.
- 28.Веккер Л.М. Психические процессы. Т.3, - Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1982. – 326 с.
- 29.Виггинс О., Шварц М., Норко М. Прототипы, идеальные типы и личностные расстройства: возвращение к классической психиатрии//<http://www.psychology.ru/affective>.
- 30.Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. М.: МГУ, 1976. – 142с.
- 31.Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация как универсальный механизм приспособления. – М.: Медицина, 1987. – 176 с.
- 32.Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М.: Педагогика, 1991. – 480 с.
- 33.Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6-ти т. Т.2. Проблемы общей психологии. Мышление и речь. – М.: Педагогика, 1982. – 504с.
- 34.Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6-ти т. Т.5. Основы дефектологии, 1983. – 368 с.
- 35.Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6–ти т. Т. 3. Проблемы развития психики. – М.: Педагогика, 1983. – 368с.

36. Гайденок П. П. Научная рациональность и философский разум в интерпретации Эдмунда Гуссерля // Вопросы философии. – 1992. – №7.
37. Гайденок П.П. Проблема интенциональности у Гуссерля и экзистенциалистская категория трансценденции // Современный экзистенциализм. – М., 1966. с. 77-108.
38. Гильбух Ю.З. Интеллектуальное тестирование на Западе: итоги и перспективы // Сов. Педагогика. 1980. № 2. С. 126–136.
39. Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. – М.: «ЧеРо», при участии издательства «Юрайт», 2002.– 336 с.
40. Головаха Е.И., Кроник А.А. Себе и другим // Психология с человеческим лицом / Под ред. Д.А.Леонтьева, В.Г.Щур. – М.: Смысл, 1997. С. 92–110.
41. Гренлюнд Е., Оганесян Н.Ю. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. – СПб.: Речь, 2004. – 288 с.
42. Грэндин Т., Скариано М.М. Отвергая двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма. – М.: Центр лечебной педагогики, 1999. –228 с.
43. Гуссерль Э. Философия как строгая наука. – Новочеркасск, Сагуна, 1994. 357 с.
44. Дергачева О.Е. Личностная автономия как предмет психологического исследования. Автореф. дисс.... канд. психол. наук. –М., 2005.
45. ДЕРЕБО, С. Д. Экологическая педагогика и психология [Текст] /С. Д. ДЕРЕБО, В. А. ЯСВИН . – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. –480 с.
46. Детская практическая психология / под ред. Т.Д. Марцинковской. – М.: Гардарики, 2000. – 255с.
47. Джерджен К. Движение социального конструкционизма в современной психологии // Социальная психология: саморефлексия маргинальности / Под ред. Е.В.Якимовой. – М.: ИНИОНРАН , 1995б. С. 51–73.
48. Засенко В.В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку / Дидактичні та соціально-психологічні аспекти колекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-

- метод. зб.: Вип. 8. / За ред.: В.І. Бондаря, В.В.Засенка – К.: Наук. світ, 2006. – С. 85-88.
49. Кравчук Л. С. Фізична терапія, ерготерапія: тлумачення професійної діяльності / Л. С. Кравчук // Зб. наук. пр. Хмельницького ін-ту соціальних технологій ун-ту «Україна». – 2017. – № 13. – С. 37–40.
50. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання / Т. Ю. Круцевич. – К. : Олімп. л-ра, 2008. – Т. 2. – С. 156–158.
51. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України./За ред. С.Д.Максименка. – К.:2002, Т.ІУ,Ч.3.– С.207–215.
52. Психологія життєвої кризи. – К.: Агропромвидав України, 1998.– 348 с.
53. Радченко М.І. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2002. – Т. 4, Ч. 3. – С. 207-215.
54. Ранній дитячий аутизм: Навчально-методичний посібник. Видання друге: перероблене і доповнене / А. П. Чуприков, М. І. Винник, Я. Т. Багрій. – Івано-Франківськ.: Видавництво Івано-Франківської державної медичної академії. – 2005. – 48 с.
55. Сак Т.В. Психолого-педагогічні основи управління учбовою діяльністю учнів із затримкою психічного розвитку у школі інтенсивної педагогічної корекції. – К.: Актуальна освіта, 2005 246 с.
56. Скрипник Т.В. Моделювання шкільної ситуації як засіб підготовки до навчання дітей з аутизмом: науково-методичний посібник. – К.: Педагогічна думка. – 2008. – 104 с.
57. Словник української мови. В 11 т. – К. : Наук. думка, 1970–1980. 5. Шевцов А. Г. Кваліфікаційна характеристики окупаціонального терапевта (ерготерапевта) в системі корекційно-реабілітаційної роботи / А. Г. Шевцов // Акт. питання корекційної освіти. – 2016. – № 7. – 16 с.

58. Смоляр Г.Г. Біхевіоральна терапія / Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом: У 2-х томах. Т.ІІ. – К., 249 с.
59. Таланчук П.М., С.Я.Ярема та ін. Норми української науково-технічної мови. К. – Львів: УН -т “Україна”, 2006. – 664 с.
60. Тарасун В.В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом (програмування, контролю, обробки інформації) // Дефектологія, 2005, № 1.
61. Тарасун В.В., Хворова Г.М. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. – К.: Наук. світ, 2004. – 100 с.
62. Фельденкрайз М. Осознание через движение. – М. – СПб. -2000. – 150 с.
63. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник / Пер. с англ. и нем. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
64. Фромм Э. Иметь или Быть? – К.: «Ника-Центр», «Вист-С», 1998. – 400 с.
65. Хворова Г. М. Технологія комплексної психолого-педагогічної корекції та розвитку аутичної дитини / Г. М. Хворова // Дефектологія.-2008.- №3.- с.20-27
66. Фінк В.К. Ерготерапія дітей першого періоду дитинства з РАС. У: І Всеукраїнської наукової конференції «Сучасні погляди молоді на фізичну культуру, спорт та здоров'я людини», присвяченої Дню науки в Україні; 18 трав. 2023; Харків, Україна. Харків: ХДАФК; 2023. с. 291.

ДОДАТКИ

Таблиця 1.

**Відмінності в описі дитячого аутизму Л.Каннером та
Г.Аспергером**

<i>Автори Параметри</i>	<i>За Л. Каннером</i>	<i>За Г. Аспергером</i>
Поява ознак	У ранньому дитинстві	У більш пізньому віці
Інтелектуальний розвиток	Когнітивна недостатність	Здатність до досить високого інтелектуального розвитку
Зв'язок з довкіллям	Вибірково порушується розуміння соціальних сторін життя, вони краще й осмисленіше ("вдумливо") взаємодіють з предметами, аніж з людьми	Порушується активна взаємодія із середовищем загалом як найсуттєвіший відхил за аутизму
Мовні можливості	Діти не володіють мовленням як засобом комунікації (незважаючи на здатність до вимови слів і достатній словниковий запас)	Діти вільно й оригінально володіють мовою, розповідають фантастичні історії; характер розмови у них схожий на "маленьких дорослих"
Моторні здібності та координація	Значне переважання моторної вправності; у тих дітей, хто має незграбність загальної моторики, тонка моторика високорозвинена	Незграбність загальної моторики, порушення координації рухів, труднощі функціонування дрібної моторики (зокрема в письмі)
Методи успішного навчання	Успіх обумовлений механічним заучуванням схеми дій	Хороші результати за умови активізації дитячої спонтанності й абстрактного мислення

Таблиця 2. Сенсорний профіль
СЕНСОРНИЙ ПРОФІЛЬ ДИТИНИ . _

ПІБ дитини _____

Дата _____ **народження**

Наявність _____ **діагнозу**

(який?) _____

Чи є зниження слуху у дитини? ТАК НІ

Чи є порушення у будові рота? ТАК НІ

Чи є порушення фізичного зору у дитини? ТА НІ

Вестибулярний апарат, білатеральна функція

Сенсорна Область	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
-Не любить несподіваних та різких переміщень у просторі			
-сам переміщається, швидко			
-Вправність при лазанні, балансуванні.			
- любить стрибати на батуті, з високих перешкод, меблів			
- хитатися високо на гойдалках, кататися з високих гірок			
- стереотипно розгойдується			
-любить крісло-гойдалки, іграшки-гойдалки, гамаки			
- стереотипно обертається			
- любить ігри з дорослим типу обертання, кружляння, підкидання			
- любить каруселі			
-любити обертові стільці			
- бігає туди-сюди			
-любить стояти вниз головою			
- любить стояти на сходах ескалатора			
-любить їздити вгору-вниз у ліфті.			

Вестибулярний апарат, білатеральна функція

Сенсорна Область	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
-вгору та вниз по ескалатору.			
- їзда в автомобілі, автобусі			
-авіаперельоти			

Інше:

М'язове відчуття

Сенсорна модальність	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
-Важко навчити новий рух			
-не приймає допомогу дорослих чи пручається їй			
-Не любить підніматися в гірку, сходами			
-Має руки і тіло в незвичайній позі.			
-Є аутоstimуляції з напругою тіла			
-Кінцівками			
-Биття себе по вухах і голові			
-Затискає вуха при позіханні			
- Плескає в долоні			
-Ритмічні згинання та розгинання пальців рук.			
-Маятливі рухи пальцями чи всією рукою.			
-Вигадливий малюнок рухових стереотипів.			
- Загортає себе у ковдру			
- Віддає перевагу вузьким місцям (наприклад, за диваном)			
-Засинає під важкою ковдрою або при міцному обійманні			

М'язове відчуття

Сенсорна модальність	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
- Наполягає на тому, щоб одягнути вузький одяг			
- Часто лежить на підлозі			
-Спотикається і падає або натикається на предмети,			
-Людей			
-Вигинає спину, коли його тримають або переносять.			
- Тримає предмети в руці постійно			
- Кладе предмети в рот			
- Скрипить зубами (бруксизм)			
- Рідко плаче, коли йому боляче			
-Нав'язливо обіймає і гладить дітей			
-Не любить одягати шапку та рукавички			
-Кусає сам себе чи інших,			
-Щипає шкіру собі чи іншим.			
-Міміка (у тому числі за фотографіями у цьому віці): бідність мімічних комплексів (усмішки, переляку, плачу та ін.).			

М'язове відчуття			
Сенсорна модальність	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
-Напруженість, неадекватні гримаси			

Інше:

Рухи.			
Сенсорна Область	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
Рухи загальмовані,			
мляві			
Повільні,			
Скуті			
Незграбні			
Мішкуватість			
Розгальмованість, збудливість			
Двигуна рвучкість,			
Маріонеточна рухи.			
Незвичайні грааціозність, плавність рухів			
Особливості бігу: імпульсивність, особливий ритм, стереотипне перемежування із застиганнями.			
Біг з широко розставленими руками, навшпиньки.			
Особливості ходи: "дерев'яність" (на ногах, що не гнуться), рвучкість, некоординованість, за типом "заводної іграшки" і т.д.			
Різниця моторної спритності у звичній обстановці та поза нею.			

Інше:

Тактильне сприйняття.

Сенсорна Область	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
-Уникає використовувати руки для гри або догляду за собою			
- не любить колись щось липке на його руках (пластилін, бруд, фарба)			
- любить та не любить конкретну текстуру одягу			
-Вважає за краще довгі рукави і штани, навіть у теплій погоді.			
- Погана переносимість одягу, взуття, прагнення роздягнутися.			
-Дратують коміри, манжети, ярлики на одязі, грубі шви.			
-не любить мити руки, обличчя з милом, шампунем			
- не любить мочити чи підстригати волосся			
-зазнає неприємних відчуттів при дотику або обіймах			
- Надмірно боїться лоскоту			
- віддає перевагу певній температурі води, повітря (тепло, спека, гаряче, холодно)			
-Отримує задоволення від відчуття розривання, розшарування тканин, паперу, пересипання круп.			

Тактильне сприйняття.			
Сенсорна Область	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
-Обстеження переважно за обмацування навколишнього за допомогою			

Інше:

Сенситивність рота. Смак. Запах.

Сенсорна Область	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
- Віддає перевагу їжі певній консистенції			
-Воліє їжу певного смаку			
-Непереносимість багатьох страв.			
- Лізе руками до рота, роздирає його			
-Воліє напої з газом			
-Воліє напої та їжу певної температури			
- Прагнення є неїстівне.			
- Смоктання неїстівних предметів, тканин.			
- Стереотипно вимовляє немовні звуки (прицмокування, вереск...)			
- Обстеження навколишнього за допомогою облизування.			
-Гіперчутливість до запахів.			
-Обстеження навколишнього за допомогою обнюхування.			
-Не розрізняє запахи їстівного та неїстівного			
- Має тенденцію ігнорувати неприємні аромати, коли вони присутні			

Сенситивність рота. Смак. Запах.			
Сенсорна Область	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
-Які продукти віддає перевагу (докладні дані на окремому аркуші)			
-Які продукти не їсть			

Інше:

Звук

Сенсорна Область	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
- Відсутність реакції на звук			
- Не показує вигляду, що чує, що люди говорять			
-Прагнення до звукової аутостимуляції: зминання та розривання паперу, шарудіння целофановими пакетами, розгойдування стулок дверей.			
- Любить іграшки, що видають конкретні звуки			
- Рання любов до музики.			
- Гарний музичний слух.			
-Любить музику та конкретні звуки, твори, виконавців			
-Характер улюбленої музики.			
-її роль реалізації режиму, компенсація поведінки.			
- любить, коли розмовляють з ним, як кажуть у мультфільмах			
- любить, коли говорю м'яким голосом, пошепки			
- закриває вухка			
- Негативна реакція на музику.			
- страхи окремих звуків.			

Звук			
Сенсорна Область	Так	Ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
- плаче, коли включають домашні електроприлади (посудомийку, пилосос)			
- може чути дуже слабкі звуки			
- Перевага тихих звуків.			
- Відсутність звикання до лякаючих звуків.			
здрігається при несподіваному звуку			

Інше:

Зір.

Сенсорна Область	Так	ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
-Наполегливий пошук певних зорових відчуттів.			
- Тривале викликання стереотипної зміни зорових відчуттів (при включенні та вимкненні світла, відкриванні та закриванні дверей, рухів ссяних полиць, обертанні коліс, пересипанні мозаїки тощо).			
- вибудовує речі у лінію			
- Стійке прагнення до споглядання яскравих предметів, їхнього руху, обертання, миготіння сторінок.			
- стереотипні рухи пальцями, кистею руки, предметом близько біля очей. Затримка на етапі розгляду своїх рук, перебирання пальців в обличчя.			
- Розглядання та перебирання пальців матері.			
- дивиться на предмети, скосивши очі			
- дивиться на предмети з незвичайного кута зору			
-Зорова гіперчутливість: переляк, крик при включенні світла, розсування штор; прагнення до темряви.			
- часто заплющує очі			
- воліє темряву, неяскраве світло			

Зір.

Сенсорна Область	Так	ні	Приклад (конкретно що) чи інше Необов'язкове заповнення
-любить грати в ігри з пов'язкою на очах, прозорою хусткою, пакетом на голові			
- уникає сонячного світла			
-Простежує очима за предметом			
-відстежує дії своєю рукою (координація рука-очей)			
-Погляд "крізь" об'єкт.			
-"Псевдосліпота".			
-Зосередженість погляду на "безпредметному" об'єкті: світловій плямі, ділянці блискучої поверхні, візерунку шпалер, килима, миготіння тіней			
Завороженість таким спогляданням.			
-Рання розрізнення кольорів.			
-Малювання стереотипних орнаментів			
-Любить грати з дрібними предметами (намистинки, соломинки, кнопки)			
-Любить збирати з блоків ЛЕГО, пазли.			