

МОДЕЛЬ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА

І. Д. Риндел

У статті розкривається модель психомоторного розвитку, як засіб розгляду психомоторних порушень у дітей із розладами аутичного спектра. А також як підхід до психолого-педагогічної корекції цих порушень.

Ключові слова: психолого-педагогічна корекція, розлади аутичного спектра, психомоторний розвиток.

Модель психомоторного розвитку дітей с расстройствами аутичного спектра

В статье раскрывается модель психомоторного развития, как способ рассмотрения психомоторных нарушений у детей с расстройствами аутичного спектра. А также как подход к психолого-педагогической коррекции этих нарушений.

Ключевые слова: психолого-педагогическая коррекция, расстройства аутичного спектра, психомоторное развитие.

The model of psychomotor development of children with autistic spectrum disorder

In the article, the model of psychomotor development is revealed as a tool of consideration of psychomotor impairments of children who suffer from autistic spectrum disorder, as well as an approach to psycho-pedagogical intervention.

Keywords: psycho-pedagogical intervention, impairments of autistic spectrum disorder psychomotor development.

Розлади аутичного спектра (РАС) на сьогоднішній день є відомими як порушення центральної нервової системи полігенетичного походження. Незважаючи на те, що чіткої локалізації порушень головного мозку, які б відповідали діагнозу РАС не виявлено, більшість дослідників сходяться на тому, що вони мають функціональний характер і пов'язуються із нестачею та неправильністю зв'язків між певними нервовими центрами кори головного мозку (гіпокамп, префронтальна кора, середня частина скроневої кори, задня частина тім'яної кори) [6].

Розлади аутичного спектра характеризуються не тільки неоднозначністю генетичної природи та картини неврологічних порушень, а й значною варіативністю психічних проявів та симптомів. Лише кілька характеристик дозволяють виокремити РАС з поміж інших психічних захворювань: труднощі в зворотній соціальній взаємодії та міжособистісному спілкуванні, демонстрація незвичної поведінки чи повторювальний характер поведінки (стереотипні інтереси, аутоstimуляції) [7]. Для багатьох осіб із діагнозом РАС реальними є сенсорні порушення. Часто такі порушення проявляються в очевидний спосіб: надчутливість слухового аналізатора, тактильна гіперчутливість, боязнь яскравого світла та ін..

Навіть при відсутності очевидних сенсорних труднощів аутична дитина може мати викривлене сенсорне відображення світу і себе в ньому. У свою чергу, викривлене сенсорне відображення відбивається на перцептивному відображенні світу. І як результат, велика частина психомоторних порушень пов'язана із неправильним відображенням реальності. Оскільки будь-який рух людини народжується, реалізується, контролюється на підставі

сенсорної інформації. Специфічними в цьому плані є кінеститичні (сила, швидкість, міра руху) та статичні (положення тіла в просторі) відчуття.

Проте не слід пов'язувати психомоторні порушення лише із сенсорними проблемами, оскільки інші психічні процеси також беруть участь в руховій активності людини, наприклад, пам'ять, порушення якої може ускладнити оволодіння руховими навичками. А також, діти із РАС знаходять важким виконання кількох діяльностей одночасно, що пов'язано не тільки із сенсорними порушеннями, а й з порушеною активністю мозку, спрямованою на контроль за виконавчими органами.

Під поняттям «викривленого сприйняття», швидше всього слід розуміти, певне відставання в сенсорному розвитку дитини, а відтак в сенсомоторному та психомоторному розвитку.

Затримка психомоторного розвитку проявляється в низці порушень: гіпотонус, гіпертонус, диссинергії (відсутня узгодженість роботи м'язів), дистаксії (порушення координації у просторі), апраксії (порушення смислових ланцюгів дій), складність у довільних рухах та ін. У дітей з аутизмом вже на ранніх етапах розвитку спостерігається неадекватність пози під час перебування на руках у матері: тіло немовляти або занадто розслаблене, так що доводиться прикладати значних зусиль у підтриманні частин тіла, або занадто напружене, що виглядає з боку, наче дитина вивалюється з рук матері [3].

Для систематизації порушень, пов'язаних із затримкою психомоторного розвитку та їх корекції, ми використовуємо п'яти-стадійну модель психомоторного розвитку, розроблену на основі «стадійної теорії» Ж. Піаже [5] та теорії «рівнів рухової регуляції» М. Бернштейна [1].

Для психолого-педагогічної корекції психомоторних порушень слід з'ясувати, на якій стадії психомоторного розвитку знаходиться дитина. Засобами запропонованої нами корекції є фізичні вправи та ігри [2], які самі по собі не є новиною. Оскільки, в нормі розвиток є спонтанним і послідовним, завдання педагога полягає в тому, щоб підібрати вправи, систему вправ, яка з одного боку є посилюючою для дитини, а з іншого – розвиваючою.

Розвиток психомоторики, від народження до дошкільного віку включно, проходить п'ять стадій: рухова активність на рівні елементарних відчуттів, рухова активність на рівні сприймання, рухова активність на рівні просторового поля, рухова активність на рівні, рухова активність на рівні предметних дій та рухова активність на рівні діяльності. Зупинимось детальніше на кожній з них.

Стадія 1. Рухова активність на рівні елементарних відчуттів (0-4 міс.). В перше півріччя життя першочерговим завданням для дитини виступає набуття сенсорного досвіду. Однорідне середовище, в якому перебуває дитина, її знаходження в одному місці, в одному положенні тіла є негативними факторами розвитку і, навпаки, насичене яскравими кольорами, звуками, тактильними відчуттями середовище, сприяє розвитку сенсорики. Аутична дитина може бути негативно налаштованою на зміну звичних для неї умов перебування. Але це не означає, що зміни негативно впливають на неї. Вона потребує більше часу, щоб освоїти нове, і різка зміна заплутує її, вона почувається невпевнено. Тому пропонувати дитині нових якостей відчуттів повинно відбуватися поступово, слід дати їй можливість довше взаємодіяти з тією чи іншою якістю. А з іншого боку, вчасно переключати на нову, уникаючи, таким чином, хронічних аутоstimуляцій. Інколи для того, щоб аутична дитина зробила крок в сенсорному пізнанні світу, слід пропонувати дитині «над дозу» сенсорних відчуттів, які вона отримує в аутоstimуляціях.

Аутоstimуляція (рухова активність, спрямована на подразнення власних рецепторів) є однією з форм стереотипної активності, яка виконує захисну функцію, як і стереотипна поведінка загалом. Рухові аутоstimуляції можуть стосуватися рухового аналізатора: пере-

бирання пальців перед очима; слухового: циклічні хлопки долонь біля вуха; кінестетичної чутливості: ходіння на носочках, махання руками наче крилами; або кількох аналізаторів одночасно, наприклад, вестибулярної та кінестетичної чутливості: розгойдування, переступаючи з ноги на ногу, в сторони або вперед-назад. У дитини, яка знаходиться на рівні чуттєвої рухової активності, відсутня міміка, а існують тільки гримаси – синкінезії, які є вільною грою м'язів та нічого не виражають. Поява тієї чи іншої аутостимуляції за допомогою рухів пов'язана з порушенням сенсорної інтеграції. У здорової дитини, яка отримала досвід сенсорної взаємодії зі світом, затримки на чуттєвому експериментуванні не спостерігається, вона плавно переходить на вищий рівень сприйняття та рухової активності. Незважаючи на те, що дитина може досягти рівня просторового сприйняття, в її поведінкових проявах можуть залишатися рухові аутостимуляції. Наприклад, вони можуть виникати в стресових для дитини ситуаціях, як захисна реакція, у вигляді регресу до нижчих форм поведінки.

Діти з аутизмом можуть знаходитися на цій стадії психомоторного розвитку в більш пізньому віці або мати певні психомоторні проблеми, вирішення яких повинно було відбутися в перше півріччя життя.

Стадія 2. Рухова активність на рівні сприйняття – долокомоторна (від 4 до 12 міс.). Дитина починає проявляти перші надбання узгодженої роботи м'язів тіла. З цього часу аж до кінця першого року життя слід робити акцент на пізнанні власного тіла, його можливостей та управління ним, поки що безвідносно до простору. У дитини природно виникає бажання підняти голівку, повернутися на інший бік, потягнутися рукою, зайняти положення сидячи. Оскільки, реалізувавши одного разу рух і отримавши бажане, дитина йде далі, нею керує пізнавальний інтерес, вона ніби передбачає, що може адаптуватися, знайти комфортну для себе ситуацію. Подібна характеристика може бути притаманна аутичній дитині, яка фізично далеко вийшла за відповідні вікові рамки.

Корисною для дитини, яка знаходиться на цій стадії психомоторного розвитку, буде гімнастика та різноманітні вправи, коли дорослий активно рухає кінцівками, тулубом, голівкою дитини. При цьому дорослий повинен відслідковувати рухові імпульси дитини, спрямовані на виконання руху, який здійснює дорослий, маніпулюючи тілом дитини, або на опір такій маніпуляції. Опір також слід вважати певною активністю дитини – напруження м'язів, як правило, кількох, для того, щоб досягнути бажаного (уникнути небажаного руху), що є умовою психомоторного розвитку. Через маніпуляцію частинами тіла дитини можна відкривати для неї рухи і те, до чого вони можуть призводити. Дорослий в ході маніпуляції повинен стимулювати дитину до пізнання її власного тіла. Допомогати дитині обмацувати руки, ноги, голову, живіт. Формування здатності до зайняття поз тіла: сидіння, стояння на колінах, спираючись на руки або без опори, стояння на ногах, спираючись на руки або самостійно, та ін., повинно в різноманітний спосіб стимулюватися дорослим. Наприклад, класти дитину в незручне для неї положення, навіть якщо це призведе до незначного падіння. Іншим стимулом може бути, наприклад, цікавий об'єкт, до якого наче можна дотягнутися, але для цього потрібно підвестися, витягнути руки, опертися на ручки.

Стадія 3. Рухова активність на рівні просторового поля – локомоторний (від 12 до 24 міс.). Формується сприйняття власного тіла, як одного із об'єктів в системі переміщень (подолання тілесно-рухового егоцентризму). Розвивається здатність до переміщень тіла в просторі та маніпуляції з об'єктами, здатність до розгортання експериментування у внутрішньо-психічному плані.

Якщо дитина психічно, а не тільки фізично, дозріла до стадії локомоторного розвитку, слід розвивати всі можливі переміщення її власного тіла, його частин та навколишніх об'єктів в просторі. Якщо для дитини першої та (в якійсь мірі) другої половини першого року життя важливо мати досвід з відчуттями різної якості та кількості, на цій стадії важливо

мати досвід взаємодії з різноманітними об'єктами, в тому числі, з власним тілом. Аутична дитина може мати пристрасті до певних об'єктів, або, навпаки, необґрунтований для інших людей страх чи огиду. В такому випадку стереотипну поведінку з предметами (стереотипна маніпуляція) слід поступово розширювати, наприклад, продемонструвати дещо подібний але цікавий рух з предметом.

Аутична дитина, знаходячись на цій стадії психомоторного розвитку може не розуміти інструкцій для рухових вправ, однак у неї повинна сформуватися здатність до наслідування (наслідування рухів є однією із ознак локомоторної стадії). Сформоване прагнення та здатність до наслідування дають можливість навчати дитину, доносити до неї суть вправ.

Основними рухами, які повинна засвоїти дитина, є ходьба, біг, стрибки, метання, лазіння; важливим є також розвиток відчуття рівноваги та координації. Дитина може характеризуватися нерівномірністю в наявних рухових навичках, тому слід концентруватися на тих, які менш сформовані або відсутні. Підбір вправ слід здійснювати коректно, враховуючи наявні стереотипи та вподобання.

Стадія 4. Рухова активність на рівні предметних дій (від поч. 3-го року життя до старшого дошкільного віку). У дитини з'являється та розвивається здатність використовувати предмети за призначенням (на основі їх типологічних ознак).

На рівні предметних дій, стереотипна поведінка також можлива, хоча це явище схильні називати стереотипією інтересів дитини. Дитина в такому випадку може мати достатній репертуар поведінкових проявів, але вся її поведінка є обслуговуванням одного і того самого інтересу. Наприклад, впорядкування предметів, специфічний інтерес до чисел та математичних операцій з ними, вподобання в їжі та процесу її споживання, вподобання в одязі та його вдяганні тощо.

Розвиток предметних дій не є профілем фізичного виховання. Основними засобами для розвитку предметних дій можуть бути заняття в майстерні, трудове навчання, сюжетні ігри тощо.

Одним із завдань психомоторного розвитку на цьому етапі стає формування цілеспрямованості моторної активності. Спостерігається велика різниця в моторних можливостях аутичної дитини при мимовільних рухах та при виконанні вправи, коли необхідно свідомо керувати своїм тілом. Тому, при розвитку дрібної моторики основна допомога полягає в передачі дитині моторного стереотипу дії, руху. Це досягається маніпулюванням руками дитини при писанні, малюванні чи ліпленні. Цей вид допомоги являється найбільш адекватним через те, що для таких дітей характерні труднощі в довільному зосередженні, які на початку занять роблять, частіше всього, неможливим виконання завдань за зразком, наслідуючи. Надалі, в міру того, як прогресує довільна увага дитини і стають більш впевненими її рухи, слід зменшувати фізичну підтримку її руки. Інколи в процесі відпрацювання графічних навичок дитині вже не потрібна фізична підтримка, але вона потребує, щоб її шкоть підтримували чи просто доторкнулися до неї для того, щоб вона могла включитися, почати виконувати завдання [4].

Розвиваючи цільовий компонент психомоторики, слід враховувати:

- послідовність (від реалізації ситуативного наміру до виконання вправи, алгоритму вправ, алгоритму окремого заняття з фізичної культури, переслідування цілей фізичного саморозвитку);
- для того, щоб у дитини виникла ціль (намір), вона повинна бути близькою до її потреб;
- ціль, яку педагог ставить перед дитиною, повинна бути очевидною для неї, дитина має бачити засоби досягнення цілі, мати можливість відслідковувати наближення до цілі;
- необхідне чітке планування і поступове формування стереотипу заняття;
- правильно підбирати позитивне підкріплення; необхідно емоційно заохочувати дитину, говорити про те, що з кожним разом у неї виходить все краще і краще;

- заняття легше проводити, коли всі його елементи пов'язані єдиними сюжетом;
- по можливості, використовувати сюжетний коментар, що допомагає довше утримувати увагу дитини на завданні.

Прикладом вправи, яка відповідає деяким із зазначених параметрів, може бути притягування прив'язаного до одного кінця мотузки предмету (іграшкова машинка, потяг, предмет що ковзає по поверхні). Неважко на мить зосередити увагу дитини на предметі, який знаходиться на відстані від неї, потім рукою дитини потягнути за мотузку, предмет наблизився якщо дитина побачила і пов'язала власний рух з наближенням, слід дати їй можливість самостійно здійснювати притягувальні рухи, по чергово перебираючи руками. Дитина бачить наближення предмету, вона може не мати кінцевої цілі, але вправа завершиться тим, що предмет опиниться поруч з нею. Якщо він виявиться цікавим для неї, вправа стане привабливою для дитини (*набуде ще більш розвивального впливу на довільність*). Вагу предметів для притягування, діаметр і довжину мотузки слід підбирати в залежності від психофізіологічних можливостей дитини.

Велике значення для розвитку психомоторики дитини, яка знаходиться на цьому етапі, мають елементарні рухливі ігри. Наприклад: гра «Прокоти м'яч». Діти присідають навпочіпки за 2,5 – 3 метра від дорослого. Він прокочує м'яч кожному з дітей, вони ловлять і прокочують у зворотному напрямку дорослому.

Стадія 5. Рухова активність на рівні діяльності (старший дошкільний вік). Розвивається здатність до рухової активності, яка передбачає цілісні ланцюги дій, взаємодію між учасниками діяльності; здатність до складних довільних рухів, які здійснюються відповідно усвідомленої дитиною певної сукупності норм, правил, ідеально представлених (ментальних) зразків поведінки. Характерним для дитини стає наявність змагального мотиву. Іграм до яких залучається дитина цього віку, властива спільність дій її учасників. Такі ігри передбачають складнішу взаємодію між гравцями, від якої залежить кінцевий результат гри.

Для розвитку спільної діяльності слід починати не безпосередньо із складних ігор, а з вправ, які привчають дитину враховувати іншого. Такими вправами є: 1) присідання з обручем – дорослий бере обруч і пропонує дітям взятися обома руками за нього навколо, потім голосно рахуючи, дорослий командує – «присіли – встали»; 2) ходьба в колонні, тримаючись за палицю чи мотузку – діти встають в колонну, беруться за палицю, потім йдуть чи біжать по колу, оббігаючи предмети тощо; 3) ходіння на руках в парі – діти розподіляюся на пари, одна дитина встає на руки, а інша піднімає її ноги, дитина йде на руках, потім міняються. Спільна діяльність не просто передбачає врахування іншого, а й поєднання зусиль, спрямованих на досягнення спільної мети.

Характерні для дитини мотиви конкуренції дають змогу розширювати арсенал засобів впливу на розвиток психомоторної сфери. Мотив конкуренції є надзвичайно вагомим рушієм розвитку, оскільки більшість рухливих ігор базуються на – «хто швидше?», «хто вправніше?», «хто влучніше?» тощо.

Таким чином, варіативність психомоторних порушень та їх неоднозначність при аутизмі ускладнює процес психолого-педагогічної корекції. Розроблена нами модель психомоторного розвитку дає можливість побачити закономірність розвитку психомоторики та характер психомоторних порушень дитини і, відповідно, використовувати адекватні засоби психолого-педагогічної корекції.

Література:

1. Бернштейн Н. А. Биомеханика и физиология движений: Избранные психологические труды / Н. А. Бернштейн; под ред. В. П. Зинченко. – 3-е изд., стер. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2008. – 688 с.

2. Вільчковський Е. С. Фізичне виховання дітей дошкільного віку К.: «Здоров'я». – 1974. – 255 с.
3. Максимова Н.Ю., Міллотіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології: Навч. посібник. – К.: Перун, 1996. – 464 с.
4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. – М.: Теревинф. – 2000. – 333 с.
5. Паже Ж. Избранные психологические труды: пер. с англ. и фр. / Вступ. статья В. А. Лекторского, В. Н. Садовського, Э. Т. Юдина. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 680 с.
6. Boucher, J., Mayes, A., & Bigham S. Memory in Autistic Spectrum Disorder // Psychological Bulletin. – 2012 (March, 12). Online publication. doi: 10.1037/a0026869.
7. Pinar T. Ozand, Ali Al-Odaib, Hania Merza, Seleh Al Harbi Autism: a review // Journal of Pediatric Neurology. – 2003. – V.1. №2. – P. 55 – 67.

УДК 376-056.264.016:81-028.31J(072)

МЕДИЧНИЙ АСПЕКТ МІЖСИСТЕМНОЇ ВЗАЄМОДІЇ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ

Ю. В. Рібцун

У статті розглянуто структуру нормативного документа щодо вивчення стану здоров'я населення – «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям» (МКХ-10) – з точки зору логопедичної науки. Автором складена таблиця, де відображено медичний аспект міжсистемної взаємодії мовленнєвих порушень.

Ключові слова: МКХ-10, медичний аспект міжсистемної взаємодії мовленнєвих порушень. **Медицинский аспект межсистемного взаимодействия речевых нарушений**

В статье рассмотрена структура нормативного документа относительно изучения состояния здоровья населения – «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» (МКБ-10) – с точки зрения логопедической науки. Автором составлена таблица, где отражен медицинский аспект межсистемного взаимодействия речевых нарушений.

Ключевые слова: МКБ-10, медицинский аспект межсистемного взаимодействия речевых нарушений.

Medical aspect of the intersystem interaction of speech disorders

The article is dedicated to the structure of normative document relative to study of population health – the «International statistical Classification of Diseases and problems related to health» (ICD-10) – in the context of speech therapy science. A table-list with the medical aspect of intersystem interaction of speech disorders is represented by the author.

Keywords: ICD-10 medical aspect of intersystem interaction of speech disorders.

Ефективний пошук подолання мовленнєвих вад залежить насамперед від наявності у педагога ґрунтовних знань етіології та патогенезу порушень, вміння проводити якісну диференційовану діагностику. Здавня наявність значної кількості різноманітних мовленнєвих порушень потребувала своєї класифікації. Проте й досі питання класифікації залишається не вирішеним, що обумовлюється ще недостатньо детально вивченими механізмами мовлення, різними, іноді й діаметрально протилежними, поглядами науковців на принципи побудови тієї чи іншої систематизації мовленнєвих вад.

Окрім психолого-педагогічної та клініко-педагогічної, існує ще одна, медична класифікація, якою користуються не вчителі-логопеди, а лікарі (невропатологи, психіатри). Проте, у картках