



ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ  
«СУРГУТСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ИНВАЛИДОВ»

Рассмотрено на заседании Методической  
секции специалистов

« 26 » 08 20 21 г.  
протокол № 5

УТВЕРЖДАЮ:

Директор  
бюджетного учреждения Ханты-  
Мансийского автономного округа – Югры

Сургутский  
многопрофильный  
реабилитационный центр  
для инвалидов»

А.А. Шокшина  
« 26 » 08 20 21 г.



**Методические рекомендации  
для родителей по проведению оздоровительного массажа детям с РАС и  
другими ментальными нарушениями в домашних условиях**

Автор:

Лекомцев В.В.

Инструктор- методист по лечебной  
физической культуре и лечебному массажу  
Шарифова О.Ф.

Заведующий социально-медицинским  
отделением (в том числе приемно-  
карантинная служба)

Сургут  
2021

## Введение

В последнее время государство и общество уделяют повышенное внимание качеству жизни инвалидов, в том числе детей с расстройствами аутистического спектра (далее – дети с РАС). Расстройства аутистического спектра, как правило, диагностируются у детей в возрасте 3-х лет, когда у ребенка должны развиваться языковые навыки и нормы социального взаимодействия. Для детей с РАС характерны трудности с реализацией социального контакта и аберрантное поведение.

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре ведется большая работа в медицинских отделениях учреждений социального обслуживания по направлению массажной терапии с детьми с РАС и другими ментальными нарушениями, которая может успешно проводиться в домашних условиях родителями (законными представителями).

Массажная терапия с участием родителей дает положительные результаты в коррекции таких состояний, как гиперактивность, беспокойно-импульсивное поведение и др. Также массаж оказывает положительное влияние на процессы возбуждения и торможения в центральной нервной системе, стимулирует иммунную активность, помогает улучшить сон.

Обучающие курсы массажа и гимнастики с детьми с РАС проводятся для родителей в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский многопрофильный реабилитационный центр для инвалидов» (далее – учреждение), в рамках программы «Школа ухода» для родителей (законных представителей): здесь медицинские сестры по массажу обучают владению техниками и приемами оздоровительного массажа, пониманию возможных различных реакций на массаж.

С целью социально-бытовой, социально-медицинской, социально-психологической реабилитации детей с РАС и другими ментальными нарушениями с родителями проводятся обучающие мероприятия по тематикам «Роль лечебной физической культуры и реабилитация лица с инвалидностью», «Психологические аспекты в реабилитации», «Техники массажа» и др.

В настоящем издании представлены методические материалы, рекомендованные для обучения родителей навыкам массажа в домашних условиях с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра (далее – РАС) и иные ментальные нарушения.

Методические рекомендации разработаны с целью обучения родителей (законных представителей) основам оздоровительного массажа для улучшения качества жизни детей с РАС и ментальными нарушениями.

Глава 1 освещает теоретические основы проведения оздоровительного массажа для детей с РАС и другими ментальными нарушениями, а также механизм обучения родителей (законных представителей) основам его проведения.

Глава 2 содержит методические материалы, описывающие методики и техники проведения массажа детям с РАС, рекомендованные для подготовки родителей.

В заключении подведены итоги и уделено внимание специфике проведения массажа неспециалистами (родителями и иными лицами) с учетом особенностей категории детей-инвалидов.

Список литературы включает научные и нормативные правовые документы, используемые при разработке методических рекомендаций.

Методические рекомендации, представленные в издании, имеют рекомендательный характер, допускают вариативность элементов обучающих практик (инструментария) и могут быть изменены (дополнены) в соответствии со спецификой работы учреждений, организаций. В издании использованы методические материалы бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский многопрофильный реабилитационный центр для инвалидов».

## **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО МАССАЖА ДЛЯ ДЕТЕЙ С РАС И ДРУГИМИ МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Расстройства аутистического спектра – это целый ряд психических нарушений, которые влекут за собой трудности с социальным взаимодействием. Данные расстройства выражаются в проблемах взаимодействия с окружающим миром, замкнутости, определенной социальной дезадаптации, нежелании играть со сверстниками, нежелании общаться со взрослыми, беспричинном страхе, произвольных или непроизвольных криках, эмоциональной возбудимости, может проявляться в наборе определенных стереотипных действиях и повторяющихся движениях.

Ментальные нарушения (расстройства) – это психическое заболевание или нарушение психического (интеллектуального) развития, которое ограничивает способность человека работать или обслуживать себя, а также осложняет процесс интеграции в общество. В понятие ментальной инвалидности входят нарушения психического и умственного развития: аутизм, шизофрения, эпилепсия, умственная отсталость, дефекты речи, генетические заболевания, органические поражения ЦНС, деменция, клиническая депрессия и другие. Перечисленные патологии могут сопровождаться нарушениями опорно-двигательного аппарата, потерей зрения и слуха.

Многие дети ведут себя так, будто живут в собственном мире, никак не реагируя на настроения и эмоции окружающих. С начала 1980-х годов число случаев детского аутизма растет стремительными темпами. Аутизм и расстройства аутистического спектра встречаются среди мальчиков в два-четыре раза чаще, чем среди девочек.

Одним из самых важных аспектов поведения детей с РАС является общение между родителем и ребёнком. Многие из способов контакта между людьми – объятия, слова любви и ответная реакция – обычно не исходят от ребенка с расстройствами аутистического спектра, но они способны адекватно реагировать на взаимодействие с родными.

Дети с РАС и другими ментальными нарушениями часто имеют искаженное сенсорное восприятие, это относится и к кожной чувствительности. В результате дети могут негативно реагировать на тактильную стимуляцию – пытаться снять обувь и одежду вне дома, негативно реагировать на любые прикосновения. Другие дети нуждаются в подобной стимуляции, и это может приводить к нежелательному поведению (например, ребенок может кусать или щипать себя). Специальные массажные

приемы, а также различные массажные приспособления могут стать важной частью «сенсорной диеты» –запланированной сенсорной стимуляции для коррекции таких проблем. Правильно используя их, можно уменьшить поиск сенсорных ощущений неприемлемым образом, а также снизить защитные реакции, связанные с прикосновениями к коже.

Механизм действия массажа включает в себя такие факторы, как:

- а) механический;
- б) гуморальный;
- в) нервно-рефлекторный.

Наиболее применен механический фактор воздействия массажа. Под воздействием механического фактора (раздражения руками) биологически активные вещества ацетилхолин, гистамин переходят в активную форму. Ацетилхолин стимулирует центральную нервную систему, гистамин действует на надпочечники, которые выделяют адреналин. И это только поверхностный взгляд на тот сложный механизм действия, который происходит в крови на биохимическом уровне, влияя на гормональный уровень. Кожа является огромным рецепторным полем, на которое проецируются почти все внутренние органы. Механически раздражая нужные участки тела, можно воздействовать на определенные внутренние органы.

Массаж стабилизирует процессы возбуждения и торможения в центральной нервной системе, стимулирует иммунную активность, ускоряет кровообращение в суставах, улучшает эластичность и гибкость сухожилий и связок, повышает жизненную активность всего организма, позволяет добиться улучшения эмоционального фона и сна.

### **1.1. Особенности массажной терапии**

Массажная терапия доказала, что она помогает детям с ментальными нарушениями привыкнуть к прикосновениям, расслабиться и научиться лучше осознавать свое тело. Прикосновение – само по себе эффективное средство коммуникации, позволяющее пробить барьеры изоляции, однако им нужно пользоваться осторожно, чтобы не подвергнуть ребенка чрезмерной стимуляции – ни в коем случае нельзя навязывать детям физические контакты. Больные дети могут быть чрезвычайно восприимчивы к запахам и текстурам, а потому использование простыней и ароматических масел может раздражающе действовать на них.

Массаж при ментальных расстройствах (далее – МР) лучше начинать в положении лежа на животе, позволив при этом ребенку оставаться

полностью одетым. Массировать следует осторожно (поначалу только руки) с приемлемой для ребенка скоростью – это успокоит его и поможет ему расслабиться. Нежные медленные поглаживания или чрезвычайно легкие касания могут успокаивающе воздействовать на плечи, руки и кисти, наряду с медленными ритмичными надавливаниями на области спины и ног.

Внимательно следите за выражением лица и «языком тела» ребенка и используйте техники, наиболее подходящие для каждого малыша. Иногда ребенок способен вынести лишь несколько секунд массажа, но при условии регулярного повторения сеансов по одному, два раза в день. В результате индивидуальный порог переносимости может быть повышен, после чего удается установить более тесный контакт с ребенком.

Сеансы массажа можно проводить как дополнение к основному курсу терапии. Главное, чтобы ребенок привык к процедуре. Бывают случаи, когда продолжительность сеанса массажа начинается с нескольких секунд и только через шесть месяцев ребенок с МР дает согласие на регулярные длительные процедуры. При регулярных длительных сеансах массажа у ребенка появляется повышенная допустимость прикосновений, даже если вначале он был категорически против подобных процедур.



**Показания к массажу всегда  
определяются после  
консультации с врачом**

Отмечено, что при массаже не следует выполнять много приемов, выбор их должен определяться удобством и эффективностью применения на том или ином участке тела. Там, где это возможно, массаж выполняют двумя руками. Массаж целесообразно сочетать с водно-тепловыми процедурами (душ, ванна, баня).

## **1.2. Механизм обучения родителей (законных представителей) основам оздоровительного массажа детей с РАС и другими ментальными нарушениями в учреждении**

На базе социально-медицинского отделения (в том числе приемно-карантинной службы) БУ «Сургутский многопрофильный реабилитационный центр для инвалидов» проводятся лекции и практические занятия в групповой и индивидуальной форме в соответствии с графиком заездов получателей социальных услуг. По окончании курса практических занятий

родители обеспечиваются методическими пособиями. Мероприятия организуются с учетом пожелания участников.

При проведении практических обучающих занятий с родителями применяются следующие формы и методы работы:

1) Формы работы:

групповые практические занятия, тематические лекции (от 5 до 10 человек);

индивидуальное консультирование (в зависимости от потребностей получателей социальных услуг).

2) Методы работы:

организационные (планирование, информирование, координирование);

исследовательские (беседа, наблюдение, анализ результатов);

практические (лекции, практические занятия).

Процесс обучения родителей (законных представителей) проведению массажа включает этапность:

1 этап – организационный (1 – 3 дня): подготовка материально-технической базы, организационные мероприятия, подготовка методических материалов по основам оздоровительного массажа для детей с ментальными нарушениями, формирование группы родителей (законных представителей);

2 этап – практический (5 дней, из них: 1-лекция, 4-практических занятия): организация деятельности по реализации обучающих мероприятий с родителями в соответствии с тематическим планом.

3 этап – аналитический (1 – 3 дня): анализ эффективности проведенных ранних практических занятий с учетом предложений и отзывов получателей социальных услуг.

В ходе обучающего процесса родителей (законных представителей) используются ресурсы: материально-технические, кадровые, информационно-методические.

*Кадровые ресурсы:*

заведующий отделением;

врач педиатр;

инструктор-методист по ЛФК и лечебному массажу;

медсестра по массажу.

*Материально-технические ресурсы:*

Теоретические и практические занятия с родителями (законными представителями) обеспечиваются необходимыми материально-техническими средствами и организуются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами, гигиеническими требованиями и техникой

безопасности действующими в БУ «Сургутский многопрофильный реабилитационный центр для инвалидов».

*Информационно-методические ресурсы:*

Интернет-ресурс;  
официальный сайт учреждения;  
объявления;  
методические рекомендации;  
методическая литература.

Контроль за проведением теоретических и практических обучающих занятий проводится на всех этапах реализации плана мероприятий.

Предварительный контроль осуществляется на организационно-исследовательском этапе, непосредственно перед началом практической деятельности с целью проверки готовности к реализации мероприятий.

Текущий контроль проводится еженедельно в ходе проведения обучающих занятий.

Итоговый контроль проводится после завершения курса практических занятий с целью оценки качества и эффективности полученных практических и теоретических навыков.

Оценка эффективности теоретических и практических занятий с родителями (законными представителями) проводится с помощью опроса, анализа и изучения методических материалов. Оценивается степень удовлетворенности качеством проводимых теоретических и практических занятий, уровень знаний и практических навыков получателей социальных услуг по базовым основам оздоровительного массажа детям с ментальными нарушениями, количество участников, прошедших курс занятий, количество распространенных методических материалов и информационных ресурсов и др.

## **ГЛАВА 2. МЕТОДИКИ И ТЕХНИКИ ПРОВЕДЕНИЯ МАССАЖА ДЕТЯМ С РАС И ДРУГИМИ МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ РОДИТЕЛЕЙ**

На этом этапе коррекции для углубления и отработки тактильных и эмоциональных контактов используется ряд приемов типа поверхностных массажных пассов. Ребенка поглаживаем, похлопываем, прикасаемся к его голове, рукам, телу, прижимаем его к себе, качаем. При этом смотрим ему в глаза, улыбаемся или хмуримся, ждем ответной мимической эмоциональной реакции. Во время купания также проводим подводный массаж всего тела, затем растираем тело ребенка грубым полотенцем. Учим ребенка осязать,

касаемся его руками головы, плеч, лица, рук взрослого, прижимаемся щекой к щеке ребенка, придаем ему различные позы.

В процессе этих тренировок у ребенка формируется представление о собственном теле, его частях, сторонах, их взаимодействии. После подобной подготовки у большинства детей появляется ориентировочная реакция на окружающее. Дети перестают бояться предметов, живых существ, пытаются прикоснуться к ним. В противовес бытующим представлениям, дети с РАС и иными ментальными нарушениями принимают телесный контакт, который используется как одна из первых форм коммуникации.



**Важна первичная адаптация ребенка к новым условиям среды**

Практика проведения массажа включает ряд правил и приемов, а также соответствующую терминологию.

## 2.1. Терминология массажа

*Пасс* – это движение руки массажиста. Различают короткие и длинные пассы.

*Короткий пасс* – это массажное движение в центростремительном направлении, при котором рука массажиста не проходит через сустав (рисунок 1).



Рис.1 Короткий пасс

*Длинный пасс* – это массажное движение в центростремительном направлении, при котором рука массажиста проходит через сустав, охватывает его (рисунок 2).



Рис.2 Длинный пасс

*Центростремительное направление* – работа от периферии к центру, по оттоку венозной крови и лимфы, к ближайшему крупному лимфоузлу (рисунок 3).



Рис. 3 Центростремительное направление

*Рабочий сегмент* – участок тела, который планируется для обработки (например: коленный сустав, мышцы плеча, голова, пояснично-крестцовый отдел позвоночника и т.п.) (рисунок 4).



Рис. 4 Рабочий сегмент

*Рабочая поверхность* – участок руки массажиста, которым выполняется прием (например: подушечки пальцев, основание ладони, гребень кулака и т.п.) (рисунок 5).



Рис.5 Рабочая поверхность

## 2.2. Основные приемы массажа

Основные приемы массажа включают поглаживание, разминание, вибрацию.

*Поглаживание* – это механическое воздействие на биологическую ткань руками массажиста с постоянным давлением, не превышающим тяжести кисти, на протяжении одного пасса, в центростремительном направлении (рисунок 6). Действует на кожные рецепторы и преимущественно на лимфатический и венозный отток.

Поглаживание – самый распространенный прием, с него начинают любую массажную процедуру, его применяют между другими массажными приемами, и им заканчивают сеанс массажа.

В зависимости от анатомических особенностей обрабатываемых поверхностей поглаживание можно проводить практически любой частью кисти.



Рис. 6 Поглаживание

*Разминание* – это прием, при котором массирующая рука выполняет 1–3 фазы (рисунки 7 – 9):

Рис.7. Фиксация, захват массируемой области; 1 фаза



Рис.8 Сдавление, сжимание; 2 фаза



Рис.9 Раскатывание, раздавливание, собственно разминание; 3 фаза



Разминание оказывает основное воздействие на мышцы ребенка, благодаря чему повышается их сократительная функция, увеличивается эластичность сумочно-связочного аппарата, растягиваются укороченные фасции апоневроза. Разминание способствует усилению крово- и лимфообращения, улучшает питание тканей, повышает обмен веществ, уменьшает или полностью снимает мышечное утомление. Повышаются работоспособность мышц, их тонус, сократительная функция.

Различается продольное и поперечное разминание.

1) Продольное разминание производится по ходу мышечных волокон, вдоль оси мышц (рисунок 10). Выпрямленные пальцы располагаются на массируемой поверхности так, чтобы первые пальцы обеих кистей находились на передней поверхности массируемого сегмента. Затем кисти поочередно выполняют остальные две фазы, передвигаясь по массируемой области. Применяется на конечностях, в области таза, спины, боковых поверхностях шеи.



Рис. 10 Продольное разминание

2) Поперечное разминание – массажист устанавливает кисти поперек мышечных волокон, чтобы первые пальцы были по одну сторону массируемого участка, а остальные – по другую (рисунок 11).



Рис.11 Поперечное разминание

При массаже двумя руками кисти эффективнее устанавливать друг от друга на расстоянии, равном ширине ладони, и затем одновременно или попеременно выполняем все 3 фазы. Если это делается попеременно, то одна кисть смещает мышцы, выполняя 3-ю фазу от себя, а другая в это же время выполняет 3-ю фазу к себе, т. е. разнонаправлено (рисунок 12). Применяют на спине, в конечностях, области таза, шейном отделе и других областях, возможно – с отягощением.

*Вибрация* – это передача массируемой поверхности ритмичных колебательных движений.

Для работы с детьми-инвалидами наиболее приемлема ручная вибрация, которая выполняется подушечками пальцев, ладонью, кулаком, тыльной поверхностью пальцев (рисунок 13).



Рис. 13 Ручная вибрация

Вибрацию можно проводить на биологически активных точках, мышечных группах для проведения вибрации необходимо плотно положить рабочую часть кисти на массируемый участок и выполнять ритмичные колебательные движения, добиваясь синхронных колебаний массируемой ткани (рисунок 14).



Рис. 14 Синхронные колебания массируемой ткани



**Растирание, ударные приемы в данном методическом материале не рассматриваются, так как обладают тонизирующим эффектом и могут спровоцировать нежелательную ответную реакцию**

### 2.3. Виды массажа и техника выполнения массажа

В данном разделе рассмотрим массаж головы и шейного отдела позвоночника, верхних конечностей, кисти, предплечья, локтевого сустава, нижних конечностей, стопы, голеностопного сустава, голени, коленного сустава, бедра, ягодичных мышц, тазобедренного сустава.

#### 1) *Массаж головы и шейного отдела позвоночника*

Положение массируемого – сидя или лежа (рисунок 15). Время работы от 3,5 до 8 мин. Используются приемы поглаживание, вибрация, разминание.



Рис.15. Приемы поглаживания, вибрация и разминания

Шейный отдел: массируются мышцы шеи в сторону подзатылочной области. Места прикрепления мышц к черепу (рисунок 16).



Рис.16. Массирование мышц шеи

Затылочная область: направление движения – от подзатылочной области в сторону темени (рисунок 17).



Рис.17 Направление движения подзатылочной области

Боковые поверхности головы поочередно: направление массажных движений от подзатылочной области в сторону ушной раковины, височной области включительно (рисунок 18).



Рис.18 Направление массажных движений от подзатылочной области

Центральная часть свода черепа: направление массажных движений от лба в сторону темени. Массаж области лба выполняется без учета направления движения. Акцент на область надбровных дуг (рисунок 19).



### Рис.19 Направление массажных движений от лба

Пальцы при выполнении разминания области волосистой части головы устанавливаются перпендикулярно к поверхности (прием «когтистая лапа») (рисунок 20).



Рис.20 Захват пальцами области волосистой части головы

### 2) *Массаж верхних конечностей*

Поза массируемого – сидя или лежа (рисунок 21).



Рис.21 Поза массируемого

Массаж проводится одной или двумя руками. При массаже одной рукой другой фиксируют массируемую конечность и помогают захватывать мышцы, на которые воздействуют (рисунок 22).



Рис.22 Массаж верхних конечностей

Массажные движения следует проводить по ходу лимфатических сосудов по направлению к лимфатическим узлам (область локтевого сгиба, подмышечной впадины). Вдоль лучевой кости, по задней поверхности плеча и через дельтовидную мышцу завершить обхватывающее поглаживание в области надключичного лимфатического узла, затем обхватывающее поглаживание по локтевой кости, по передней поверхности плеча и завершить движения в области подмышечного лимфатического узла (рисунок 23).



Рис.23 Массаж верхних конечностей

Продолжительность процедуры зависит от цели массажа и может составлять 3–10 мин. при массаже отдельных областей и 12–15 мин.– при массаже всей конечности.

Плечевой пояс (лопатка и ключица) и свободная верхняя конечность (плечо, предплечье, кисти) взаимосвязаны при различных движениях. Кровоснабжение верхней конечности обеспечивается подключичной артерией, а венозный отток совершается через подключичную вену. Лимфатические сосуды на пальцах по тыльной стороне идут поперечно до боковой и ладонной поверхностей, отсюда направляются к ладони, на предплечье и далее на плечо, к подмышечному и подключичному лимфатическим узлам. Иннервация верхней конечности осуществляется нервами плечевого сплетения.

### 3) *Массаж кисти*

Производят поглаживание по тыльной поверхности кисти, начиная от кончиков пальцев до средней трети предплечья, затем массируют отдельно каждый палец по направлению к его основанию по тыльной, ладонной и боковой поверхностям (рисунок 24).



Рис.24. Массаж кисти

#### 4) *Массаж предплечья*

Производят поглаживание до области локтевого сгиба, прямолинейное, круговое, спиралевидное (рисунок 25).



Рис.25 Массаж предплечья

#### 5) *Массаж локтевого сустава*

Производятся круговое поглаживание (рисунок 26).



Рис.26 Массаж локтевого сустава

### б) *Массаж нижних конечностей*

Положение массируемого – лежа на животе, на спине (рисунок 27).

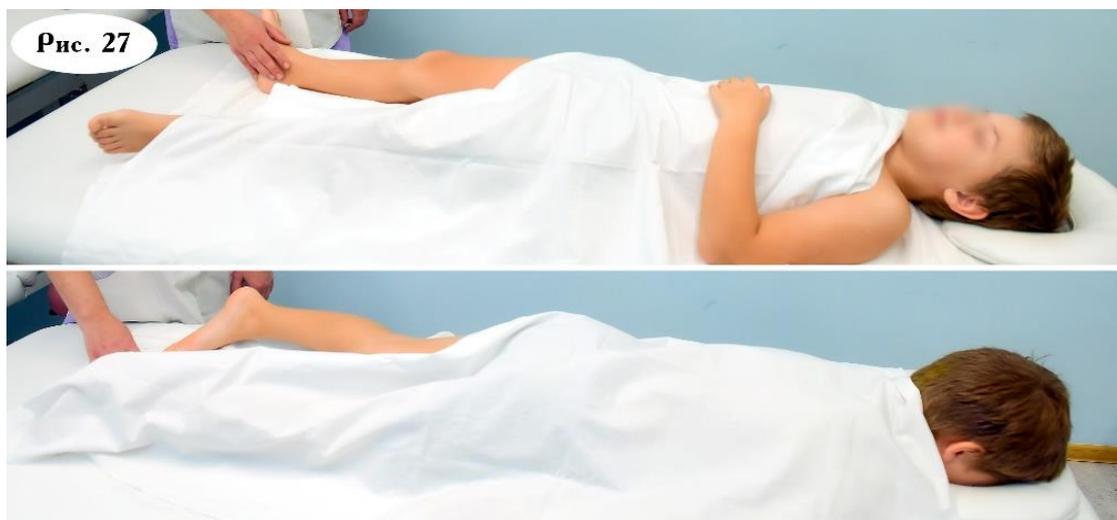


Рис.27 Массаж нижних конечностей

Массажные движения проводят по ходу лимфатических сосудов по направлению к подколенным и паховым лимфатическим узлам (рисунок 28).



Рис. 28 Массаж нижних конечностей

Нижняя конечность делится на тазовый пояс и на свободную нижнюю конечность. Кровоснабжение нижней конечности осуществляется системой подвздошной артерии. Лимфатические сосуды располагаются по ходу кровеносных сосудов; начинаясь с тыла стопы и подошвы. Продолжительность массажа может быть от 3 до 15 мин. при массаже отдельных сегментов и от 5 до 20 мин. – при массаже всей конечности.

### 7) *Массаж стопы*

Производят поглаживание – от пальцев по тыльной поверхности стопы:  
 - по передней поверхности голени к подколенным лимфатическим узлам (рисунок 29);



Рис.29 Массаж стопы

- по подошвенной поверхности от пальцев к пятке (рисунок 30).



Рис.30 Массаж стопы

### 8) *Массаж голеностопного сустава*

Производят круговое поглаживание (рисунок 31).



Рис.31 Массаж голеностопного сустава

### 9) *Массаж голени*

Производят поглаживание – плоскостное, по передней и задней поверхности (рисунок 32).



Рис.32 Массаж голени

### 11) *Массаж коленного сустава*

Производится круговое поглаживание (рисунок 33).



Рис.33 Массаж коленного сустава

### 12) *Массаж бедра*

Производят поглаживание – по передней, боковой, задней поверхностям (рисунок 34).



Рис.34 Массаж бедра

### 13) *Массаж ягодичных мышц*

Производят поглаживание – от крестца, копчика и гребней подвздошных костей к паховым лимфатическим узлам;

### 14) *Массаж тазобедренного сустава*

Вначале производится поглаживание, разминание в области таза, а затем – на участке между седалищным бугром и большим вертелом – круговое поглаживание (рисунок 35). На внутренней поверхности бедра, особенно в паховой области, массаж не проводится.



Рис.35 Массаж тазобедренного сустава

### 15) *Массаж спины*

Положение массируемого – лежа на животе, руки слегка согнуты в локтевых суставах и располагаются вдоль туловища. Под лобную область, грудь и живот подкладывают валики или подушки. Продолжительность массажа может быть от 10 до 15 мин. используются приемы поглаживание, разминание в центростремительном направлении (рисунок 36).



Рис.36 Массаж спины

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В методических рекомендациях представлены основы массажной терапии для детей с РАС и иными ментальными нарушениями, доступные для применения родителями (законными представителями) в домашних условиях.

Применение методических рекомендаций предполагает учет специфики заболевания ребенка-инвалида, внимание к совокупности многих составляющих при выборе приемов массажа. При обучении родителей приемам массажной терапии важно учитывать возможность субъективного понимания ими получаемой информации и ее использования, так как при выполнении одного и того же массажного приема разными людьми могут возникнуть различные ответные организма. Также эффективность массажа будет зависеть от правильности выбора и применения массажных приемов.

Методические рекомендации, представленные в издании, имеют рекомендательный характер, допускают вариативность элементов обучающих практик (инструментария) и могут быть изменены и/или дополнены в соответствии со спецификой работы учреждений, организаций. В издании использованы методические материалы бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский многопрофильный реабилитационный центр для инвалидов».

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мамайчук, И.И. Помощь психолога детям с аутизмом [Текст] /И.И. Мамайчук – СПб. : Речь, 2007 – 457 с.
2. Спиваковская, А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Часть 2: психотерапия детского аутизма [Текст] /А.С. Спиваковская. - М.:Теревинф. - 1999.- 265 с
3. Питерс, Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию: Книга для педагогов-дефектологов [Текст] /Т.М. Питерс. - Владос, 2002.- 331 с.
4. Лоуэн, А. Психология тела [Текст] /А. Лоуэн. – М. Институт общегуманитарных исследований, 2006. – 256 с.
5. Баенская, Е.Р. Аутичный ребенок. Пути помощи [Текст] /Е.Р. Баенская Никольская О.С., Либлинг М.М - М.: – Центр традиционного и современного образования «Теревинф». – 1997.-381 с.
6. Малкина – Пых, И. Г. Телесная терапия: справочник практического психолога [Текст]/ И. Г. Малкина - Пых. – М. : Эксмо, 2007. – 752 с.
7. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция [Текст] /В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М. Изд-во моск.ун-та, 1990. - 197 с.  
Портал психологических изданий PsyJournals.ru
8. Бидерманн Х. Мануальная терапия у новорожденных и детей младшего возраста. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. Медицина. 1995. № 4.
9. Ранний детский аутизм. Сб. науч. трудов АПН. М.: НИИД, 1981.
10. Погосян М.М. Массаж. М., 2007.
11. Дубровский В.И., Дубровская Н.М. Массаж при травмах и заболеваниях нервной системы. М., 1993.
12. Трипольская И.Л., Чаплыгин Н.В. Соединительнотканый массаж. М., 2000.
13. Руководство по кинезитерапии / Под ред. Л. Бонева, П. Слынчева и Ст. Банкова. София, 1978.
14. Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
15. Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».